CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

J. Peter: Pęknięcie torbieli bąblowca wątroby do jamy otrzewnej 57

KAZUISTYKA

M. Graf i C. Robinson: Przyczynek do rozpoznawania naczyniaków jamistych . . 68

P. Hornicki: Przypadek olbrzymiego wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej 71

A. Kleszczelski: Trzy przypadki nerki podkowiastej 76

TECHNIKA OPERACYJNA

Michałek - Grodzki: Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych. Nowe metody operacyjne 80

T. Sokołowski: W sprawie nastawiania złamań szyi kości udowej 89

Posiedzenia 103

Kronika 109

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

Rupture d'un kyste hydatique dans la cavité péritoneale.

RÉCEUIL DE FAITS.

Sur les difficultés de diagnostic dans un cas d'angiome caverneux.

Un cas d'hydronephrose énorme d'un rein avec dégénérescence kystique du rein opposé.

Trois cas du rein en fer du cheval.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nouvelles méthodes opératoires dans le traitement de la déformation des mamelons.

Sur la reposition de fractures du col du fémur.

Séances.

Chronique.

ROK III. **Nr. 2**

LUTY 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, LUTY 1938 R. Nr. 2

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim.

Pęknięcie torbieli bąblowca wątroby do jamy otrzewnej

podał

Dr Janusz Peter

Dyrektor Szpitala.

Bąblowiec nie należy u nas do częstych zjawisk, tym bardziej pęknięcie jego torbieli do jamy otrzewnowej. Dlatego też podajemy taki przypadek, który niedawno mieliśmy w leczeniu; dotyczył on kobiety, 41-letniej wyrobnicy, która zgłosiła się do szpitala dnia 12.XI. 1937 r.

W y w i a d y: w dzieciństwie przebyła odrę i koklusz, poza tym nie chorowała. Dopiero w 37. r. życia, w pewien czas po drugim z zrzędu porodzie, pojawiło się pokaszliwanie, zadyszka i szybkie męczenie się. Niedomagania te uważała za skutek przepracowania; kiedy jednak stały się wyraźniejsze, zgłosiła się po poradę do lekarza. Po przepisanych przezeń lekach nastąpiła krótkotrwała poprawa; zmniejszył się kaszel, brzuch natomiast począł się powoli powiększać, czym zaniepokojona zwróciła się do szpitala. Tu wypuszczono jej kilka litrów płynu z jamy brzusznej, a po dwutygodniowym pobycie, z poprawą ogólną wypisano do domu. W kilka miesięcy później wróciła do szpitala z powodu ponownego, jeszcze większego powiększenia brzucha, wzmożonego kaszlu i osłabienia. Wystąpienie tych objawów lub ich nasilenie odbyło się bez jakichkolwiek bólów w klatce piersiowej i w brzuchu.

S t a n c h o r e j w dniu przyjęcia: budowy prawidłowej, odżywienia lichego; skóra szaro - żółtawa, sinica warg, nosa, małżowin usznych i palców. Powieki lekko nawiśnięte, kończyny dolne obrzękłe. Źrenice oddziaływują prawidłowo na światło. Odruchy prawidłowe. Oddech krótki, nasilony i przyspieszony, tętno miękkie, ponad 100 na minutę. Ciśnienie 110/65. Klatka piersiowa rozszerzona przechodzi w balonowato powiększony brzuch, na którego skórze rysują się porozszerzane żyły. Nad szczytami płuc wypuk nieco krótszy, niżej jawny. Dolne granice płuc słabo ruchome, przesunięte ku górze. Osłuchowo w górnych częściach płuc zaostrzone szmery oddechowe, poniżej rozlane świsty i drobnobańkowe, wilgotne rzężenia. Serce o granicach powiększonych, tonach nieczystych nad całym sercem i zaakcentowanym drugim tonie pulmonalnym. Brzuch chełbocący, niebolesny na ucisk. Macica w tyłozgięciu, jajniki niemacalne. Rentgenologicznie: przymglenie szczytów, obraz zastoju płuc, serce konfiguracji mitralnej. Mocz: urobilinogen wzmożony, poza tym bez odchyleń. Krew: mierna limfocytoza. Odczyn Wassermanna ujemny.

L e c z e n i e: napar cebuli ostrawki pomorskiej, chlorek amonowy, salyrgan. Nakłuciem wypuszczono z jamy brzusznej około 16 litrów płynu mętnego, z odcieniem brązowym. W rozmazie osadu liczne białe ciałka krwi, brak bakteryj. Wynik badania w P. Z. H. analogiczny. Po wypuszczeniu płynu przeprowadzono powtórne prześwietlenie rentgenowskie, stwierdzające prawidłowe zarysy śledziony i wątroby, a w lewej, pośrodkowej okolicy brzucha zaciemnienie nieostre, wielkości talerzyka, dające się przesuwać, przy ucisku niebolesne.

Z możliwości, mogących wchodzić w rachubę w tym przypadku, wysunęliśmy: gruźlicę, przewlekłe zapalenie otrzewnej po pęknięciu torbieli któregokolwiek narządu jamy brzusznej, w połączeniu z niedomogą krążenia. Rozpoznanie nowotworu odrzuciliśmy ze względu na długi przebieg choroby, przy niezbyt wyraźnym spadku sił, wychudzeniu i t.p.

Zadecydowaliśmy l a p a r a t o m i ę próbną, którą przeprowadziliśmy w znieczuleniu miejscowym roztworem perkainy 1 : 800, z cięcia pośrodkowego, poniżej pępka, długości około 6 cm, a to w celu



Rys. 1.

ewentualnego wyłonienia pętli jelitowych i poddania ich naświetleniu promieniami pozafiołkowymi, przepuszczonymi przez filtr uwiolowy. Przy przecinaniu powłok uderzył nas wygląd otrzewnej: była szaro-żółtawa, bez połysku i mocno zrośnięta z tylną pochewką mięśniową, grubość zaś jej dochodziła do ½ cm. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynął z niej obficie płyn mętny, z białymi strzępkami i licznymi pęcherzykami kulistymi. Początkowo wydobywały się one z prądem małe, wielkości grochu, później nieco większe, dochodzące do średnicy 2 — 4 cm, w końcu podpłynęły do otworu rany tak duże, że dały się z niej wydobyć dopiero po rozciągnięciu hakami. Dochodziły zatem wielkości jabłka. Kiedy płyn przestał wypływać samoistnie, resztę jego wybrano chochelką, pęcherze zaś łyżką (rys. 1). Tkwiły one we wszelkich zagłębieniach, pomiędzy jelitami, w jamie Douglasa, w zachyłku kątniczym, w największej zaś ilości w pobliżu wątroby. Tu przeważały nie całe, lecz pęknięte, ze ścianami od dawna zapadłymi, z wejrzenia jakby nasiąknięte barwnikiem żółci. To naprowadziło *kol. Borysiewiczową* na myśl szukania torbieli macierzystej bąblowca w wątrobie. Znaleziono ją rzeczywiście w jej płacie prawym, na powierzchni wypukłej od strony bocznej, poza zagięciem wątrobowym wstępnicy. Torbiel była zapadła od dawna, jak o tym świadczyło zgrubiałe wejście do niej, szerokie na dwa palce. Zatykały je liczne pęcherze puste, z których już wypłynęły pęcherzyki wtórne. Ściana torbieli macierzystej od wewnątrz nierówna, śliska, pokryta masą torbielków, dających się zbierać palcem. Pęcherze pełne wymykały się z pod palców w głąb, tak że dawały się wybrać dopiero po przyciśnięciu ich do ściany torbieli. W całości waga wydobytych pęcherzy wynosiła do 3 kg. Niektóre z większych, po ich przecięciu, nie zawierały wtórnych pęcherzyków, inne były nimi szczelnie wypełnione, nie większymi od ikry jesiotra czy jajek żabich. Po możliwie dokładnym ich wybraniu z jamy brzusznej, z kolei zwróciliśmy uwagę na stosunki, panujące w niej samej.

Dla lepszego zorientowania się wprowadzono do jej wnętrza koniec lampy baktofosowej, przy czym odrazu wyjaśniło się nam owe zaciemnienie po stronie lewej w jamie brzusznej, obserwowane podczas drugiego, kontrolnego prześwietlenia jamy brzusznej (bez papki kontrastowej). Odnosiło się ono do kłębu jelita cienkiego, którego pętle zlepione ze sobą, znajdowały się jakby we wspólnej, grubej torbie otrzewnowej. Twór ten przylegał boczno - dolnym biegunem do ruchomej kątnicy, odgi-

nającej się łatwo, dzięki dość długiej krezce, ku linii środkowej ciała. Wyglądało to tak, jakby większy kłąb odciągał ją ku sobie, choć sam był wyposażony również w dość długą krezkę (radix mesenterii). Wyrostek niewidoczny, ukryty w grubych zrostach. Bieg jelit w owym kłębie zdradzały rysujące się na jego powierzchni płytkie bruzdy (rys. 2). Zlepienie się jelit w niczym nie przeszkadzało posuwaniu się treści pokarmowej; można było obserwować, jak odbywały się ruchy robaczkowe w poszczególnych pętlach podczas naświetlania promieniami pozafiołkowymi, a jeszcze lepiej pod wpływem uciskania ich palcem.



Rys. 2.

Cały twór „grał" sprawnie, widocznie przystosowany od dawna do takich warunków. Nie przykrywała go sieć wielka, w postaci zwykłego fartuszka, gdyż była ona zredukowana do grubego i wąskiego fałdu wzdłuż jej naturalnego przyczepu. Żołądek, śledziona, wątroba, macica, jajniki i t.d. pokrywała otrzewna tęga, chropawa, dziwnie mało bolesna na manipulacje. W jednostajnym, szaro-żółtawym jej tle odcinały się żywą barwą wiśniową strzępki jajnikowe. Esica na wolnej i długiej krezce, szczegół ważny w powikłaniu pooperacyjnym. Po naświetleniu wyłonionego na serwetkę kłębu jelitowego promieniami pozafiołkowymi, przepuszczonymi przez filtr uwiolowy, zamknięto jamę brzuszną szwem trzypiętrowym, po czym w znieczuleniu miejscowym roztworem perkainy 1 : 800, wszyto otwór torbieli w nową ranę, założoną od boku, wzdłuż prawego podżebrza. Po wprowadzeniu do jamy torbieli grubego drenu, przepłukano jej wnętrze roztworem rivanolu 1 : 200 i nałożono opatrunek z maścią tranową. Zmianę opatrunków przeprowadzano codziennie, przepłukując torbiel bądź rivanolem, bądź 2% roztworem formaliny.

W okresie pooperacyjnym zaszły dwa powikłania. Pierwsze w trzy dni po zabiegu, w postaci skrętu esicy, jak o tym można się było przekonać z niemożności wprowadzenia do niej zgłębnika i natychmiastowego powracania z kiszki stolcowej wlewanego do niej płynu. Udało się jednak uniknąć relaparatomii przez nadanie chorej pozycji kolankowej. Dzięki temu nastąpiło odwikłanie esicy. Zalecenie to opierało się na fakcie zaistniania, po wypuszczeniu z jamy brzusznej płynu wraz z bąblami wieńcogłówki, dużej luźnej przestrzeni pomiędzy powłokami brzucha, a jego trzewiami. Wysokość bowiem, jaką można było uzyskać bez trudu pomiędzy spoczywającymi trzewiami, a podciągniętą do góry (hakami) powłoką brzuszną, celem wprowadzenia baktofosu *Havlicka* i ułatwienia obejrzenia wnętrza jamy brzusznej, wynosiła ponad 25 cm. Rozumowanie okazało się trafne. Kiedy brzuch zwisł w dół, a później chora położyła się na wznak, wąż gumowy dał się łatwo wprowadzić do esicy i niebawem nastąpiło wypróżnienie.

Stan chorej poprawił się i przez tydzień był zadawalający. W 8-mym dniu zwyżka temperatury. Szwy rany poniżej pępka rozpuściliśmy z powodu zacieku. W dwa dni później w tym miejscu przebiła z jamy otrzewnowej ropa. W powstały otwór, po samoistnym rozluźnieniu szwów otrzewnej, podszedł kłąb jelitowy, dążąc do zatkania otworu. Pomimo tego groźnego powikłania stan chorej był stosunkowo po-

myślny. Chora mogła sama podnosić się i zmieniać ułożenie, przy czym kłąb nie wypadał na zewnątrz, ponieważ jego obwód przewyższał kilkakrotnie rozmiar rany operacyjnej. Podczas zmiany opatrunków chora sama przyjmowała pozycję kolankową, by umożliwić jak najdokładniejsze wypłynięcie ropy. Dla nas stało się jasne, że z chwilą otwarcia się pierwszej rany operacyjnej, pomimo pewnego przystosowania się otrzewnej do odczynu zapalnego, sprawa była przesądzona. Z dniem każdym chora stawała się coraz bardziej osłabiona i apatyczna. Choć nie gorączkowała, to jednak pogarszał się stan ogólny, apetyt zanikł, pojawiła się bezsenność, na dzień zaś przed zgonem zamazanie sensorium. Przez cały okres pooperacyjny, trwający 15 dni, brak było objawów towarzyszących zwykle zapaleniom otrzewnej, a więc wymiotów, bębnicy, bólów i t.p. Jedynie tętno stawało się coraz drobniejsze i coraz bardziej przyspieszone.

Oględziny pośmiertne wykazały: pojedyńczą, zapadniętą torbiel bąblowca wieńcogłówki w prawej kopule wątroby, od strony boczno-dolnej, wielkości głowy dziecka; ropne zapalenie otrzewnej, rozedmę płuc, rozstrzeń serca, niedomykalność zastawki dwudzielnej.

W przypadku powyższym nastąpiło rozpoznanie cierpienia dopiero po otwarciu jamy brzusznej. O bąblowicy nie myśleliśmy zupełnie, z powodów wielorakich. Przede wszystkim, z powodu braku charakterystycznych danych anamnestycznych, jak np. skarg na bóle w okolicy wątroby, pokrzywki ogólnej, spotykanej po pęknięciach bąblowca do jamy otrzewnowej i t.p. W chwili objęcia chorej w leczenie istniały objawy puchliny brzusznej, wątroba była niepowiększona, niebolesna, rentgenoskopia wykazywała zarysy serca mitralnego. Co dziwniejsze, pęknięcie bąblowca odbyło się u chorej bez jakichkolwiek zaburzeń, któreby zwróciły uwagę chorej. Po dokonanym zabiegu skierowywaliśmy kilkakrotnie pytania w kierunku, z któregoby można było dowiedzieć się o pęknięciu torbieli — jednakże bez skutku. Poza narastającym powoli spadkiem sił, brak tak ważnych objawów jak zapaść, pokrzywka, bolesność brzucha i innych, odnoszących się do zapalenia otrzewnej, przebiegających zazwyczaj burzliwie i dających znaczny procent śmiertelności. Poza tym u chorej było zaledwie 3% kwasochłonnych, w osadzie punktatu z jamy brzusznej nie stwierdzono charakterystycznych haczyków. Nie było ich również i w płynie ropnym, pobranym podczas zabiegu chirurgicznego. Brak ich było także w niektórych pęcherzach. Pozostawały jedynie badania nowoczesne, z odczynem precypitynowym czy wiązaniem dopełniacza, niepewnymi i zwodnymi, ponieważ wypadają one ujemnie w razie obumarcia pasożyta, w razie jego zropienia i zbyt zgrubiałej torebki, lub dodatnio przy innym tasiemcu, albo u chorych na przymiot, wreszcie z daleko od nich czulszą próbą śródskórną. Pierwsze odpadłyby zatem ze względów zrozumiałych, ostatniej zaś nie przeprowadziliśmy, ponieważ nie rozporządzaliśmy płynem z bąblowca ludzkiego czy zwierzęcego. Zresztą i ten odczyn wypada niekiedy dodatnio także w innych cierpieniach, np. raku krtani, tasiemcu i t.p.

W naszym przypadku niewątpliwie chodziło o zastarzałe pęknięcie bąblowca wątroby do jamy otrzewnowej. Wypadki takie były znane od dawna. Nie licząc źródeł obcych, natrafiliśmy na opisy i w piśmiennictwie polskim. *Perkowski* (71) przytoczył przypadek bąblowicy u robotnika, który spadł z drabiny, uderzając brzuchem o schodki. Wystąpiły nudności, osłabienie, w tydzień później jednak robotnik powrócił do pracy. *Ciechomski* (12 — 13, 14) operował tego samego pacjenta w 10 lat później z powodu zropienia olbrzymie-

go bąblowca wątroby. Po nacięciu tegoż nie usuwał innych guzów bąblowca, usadowionych wśród trzew, zwłaszcza w dolnej części brzucha. Po operacji chory oddawał się pracy przez dwa lata, aż w trzecim przywieziony został do szpitala z objawami zapalenia otrzewnej. Sekcja wykazała olbrzymie rozmnożenie się bąblowca we wszystkich narządach jamy brzusznej. *Krajewski* (ibidem) przytoczył również przypadek operowanego pęknięcia bąblowca wątroby do jamy brzusznej u chłopca 18-letniego. (Jak stwierdziliśmy przypadek ten nie dotyczył żadnego z 2-ch przypadków, podanych przezeń w Gazecie Lek. w 1886 r.).

Wypada nadmienić, że mniej więcej do połowy 19. wieku przypuszczano, iż pęknięcie bąblowca do jamy otrzewnowej pociąga za sobą zapalenie otrzewnej. Próbowano też, co prawda w nielicznych takich przypadkach, leczenia chirurgicznego. Dopiero *Finsen* (46) dowiódł, że przedostanie się do jamy otrzewnej niezakażonego przezroczystego płynu nie wywołuje zapalenia otrzewnej. Odtąd też zaniechano interwencji w wypadkach pęknięcia bąblowca do jamy brzusznej, wyjąwszy następstwa tego pęknięcia w postaci nowych, pochodnych guzów w innych narządach, wymagających usunięcia z tych czy innych względów. Inna rzecz, że pod wpływem zetknięcia się otrzewnej z płynem torbieli, powstające odczyny, tak ogólne, w postaci np. pokrzywki, jak i miejscowe, otrzewnowe, nie zawsze muszą być wyraźne. Mogą być tak słabe, że uchodzą uwagi nawet samych chorych, jak w naszym przypadku. W innych natomiast przebiegają wśród objawów zadrażnień otrzewnej. Z takim spotkaliśmy się u *Wygrzywalskiego M.* (102) w bąblowicy, ciągnącej się blisko 30 lat. W przebiegu schorzenia występowały epizody, przemawiające za krótkotrwałymi zadrażnieniami otrzewnej, najprawdopodobniej w związku z dalszymi pęknięciami torbieli do jamy lub w jamie brzusznej. Jest zrozumiałe, że otrzewna i ustrój przystosowują się z czasem do zmienionych warunków. Wyrazem tego — między innymi — byłoby to, iż otrzewna staje się coraz mniej wrażliwa na nowe bodźce drażniące i coraz bardziej grubieje, ustrój zaś nie reaguje pojawianiem się pokrzywki w razie nowych pęknięć pęcherzy.

Na marginesie tego przypadku dorzucimy nieco uwag, tyczących się piśmiennictwa lekarskiego polskiego, zajmującego się bąblowcem tasiemca wieńcogłówki. Wprawdzie o pasożytniczej naturze tego cierpienia wiedział jeszcze w 1760 roku *Pallas senior* (69), fakt ten jednakże nie odrazu dotarł do wiadomości ogółu lekarzy. Możliwe, że był znany *Ludwikowi Perzynie,* za czym mógłby przemawiać taki ustęp, wyjęty z „Lekarza dla włościan" (72): ...„żywot takowych (tj. brzuch chorujących na robaki) zawdy wielki, wzdęty i twardy, reszta ciała z rękami i z udami nadwiędła i flakowata, czasem ich pot zimny przechodzi..." „to się żółtość na ciało rzuca, nawet żółtaczkę cierpiący, nigdy prawie bez robaków nie bywaią." Możliwe też, że *Perzyna* w ogóle nie czytał dziełka *Pallasa,* choć znał język w którym było napisane, i że, jeśli kiedykolwiek miał sposobność oglądania pęcherzy bąblowca wieńcogłówki, np. u zwierząt, to określał je jako hydatidy, które były znane już w starożytności np. Hippokratesowi (48). Dokładniejsza znajomość etiologii cierpienia rozpoczęła się od 1819 roku, w którym ukazało się dziełko *Bremsera* (6), a właściwie jeszcze później, dzięki pracom *Siebolda* (32), który wykazał, że bąblowiec wieńcogłówki u człowieka i u niektórych zwierząt rozwija się z jaj, względnie z zarodków tasiemca wieńcogłowego, żyjącego jako dojrzała postać w jelicie psa. W Pol-

sce *Rymkiewicz* (81), ogłosił pracę na podstawie dziełka *Bremsera* o dwa lata wcześniej, aniżeli ukazało się tłumaczenie tego dziełka na język francuski (6a). Odtąd wiedziano o przenikaniu pasożytów do obiegu krwi. Dowodem tego praca *Kochańskiego* (42), który przed około 100 laty puszczając krew choremu, miał w niej jakoby dostrzec poruszającego się robaczka i przypuszczał, że był to hexateridium, czyli wągr. W ogólności jednak orientowano się słabo o sposobie rozwoju bąblowca. Świadczy o tym fakt, iż *Piotr Seifman* podejrzewał u 4 miesięcznego oseska istnienie bąblowca (PTLW. 1866, str. 88, T. 66) inni zaś zbyt pochopnie włączali do bąblowca wiele przypadków, nie mających z nim nic wspólnego. Działo się to do połowy 19 wieku, a nawet później, kiedy pod nazwą wodunek i hydatyd, żaglowało wiele pojęć, np. nadmiar wód płodowych (hydramnion) albo zaśniad groniasty (mola hydatidosa) itp. (105).

W pracach polskich podawano zazwyczaj niewielu własnych autorów; powoływano się i przytaczano głównie obce piśmiennictwo. Niektórzy tłumaczyli to rzekomym brakiem czy szczupłością prac polskich. W rzeczywistości jednak najprawdopodobniej większość nie wiedziała o tym, że bąblowca wieńcogłówki dawniej inaczej nazywano. Chcąc zapoznać się z własnym piśmiennictwem, pamiętać należy o gąszczu nazw lekarskich, panujących w wieku 19-tym przed ujednostajnieniem mianownictwa lekarskiego, które przypada na ostatnie ćwierćwiecze minionego stulecia. Nazywano bąblowca wieńcogłówkę albo: h y d a t y d a m i [*Bierkowski* (5), *Oettingen* (64), *Kuczyk* (50), *Le Brun* (52), *Iwaszkiewicz* (31)], albo w o d n i c ą [*Rymkiewicz* (81); nazwę tę spotykamy i w Poradniku zdrowia (76) i około 40 lat później u *Adamowicza* (1), *Majewskiego* (54) i in.], albo w o d u n k ą, p a s o ż y t e m w o d u n k o w y m [(*Sommer* (87), *Brodowski* (8), *Korzeniowski* (43), *Malcz* (56), *Kulski* (51)], albo z i a r n o w c e m [*Wygrzywalski* (102), *Gawlik* (26), *Szewczyk* (93), *Seifman i Hoyer H.* (84), *Mizerski* (60)], p ę c h e r z o w c e m [*Łuczkiewicz* (53)], g u z e m p ę c h e r z y k o w a t y m w o d n i s t y m [*Pietrzykowski* (73)], inni wreszcie b ą b l a k i e m [*Chłapowski* (18)], w końcu b ą b l o w c e m. Bąblowcowa choroba, b ą b l o w i c a, ostatnia na oznaczenie obecności bąblowca w wątrobie (27). Zaznaczyć należy, że mówiąc o bąblowcu, powinno się przy tym dodawać zawsze rodzaj tasiemca, gdyż bąblowiec może się odnosić również do tasiemca samotnego lub innego, np. tasiemca przewierconego.

Po wynotowaniu tutułów ze Słownika *Kośmińskiego* (45) i z Wykazu Oryginalnych Prac Lek. Polskich od 1831 do 1890 r. włącznie (101), zdawało się nam, że prac tyczących się bąblowca tasiemca wieńcogłówki ukazało się sporo w polskim piśmiennictwie lekarskim 19. wieku. Tymczasem, po wglądnięciu do czasopism, doznaliśmy rozczarowania. W obu bowiem dziełach znajduje się mnóstwo pozycyj, których dosłownie brać nie można za tytuły prac oryginalnych w dzisiejszym znaczeniu.

Gdyby tak było, wówczas dzieła te skurczyłyby się wydatnie. Jako przykład przytoczymy, iż podany w Wykazie tytuł: „*Oettingen O.* Hydatidy wątroby (acephalocystis) Pam. Twa Lek. Warsz. 1850. XXIII, 2. poszyt. str. 29 (64), odnosi się w rzeczywistości do krótkiej wzmianki, wyjętej z „Publicznego zdania czynności Twa Lek. Warsz. z 1848 r. przez jego sekretarza *Erazma Majewskiego*", która brzmi dosłownie: „Kol. Oettingen przyprowadził na posiedzenie towarzystwa chorego z hydatidami wątroby (acephalocy-

stis)". To samo dotyczy i wielu innych pozycyj (tak samo zresztą, jak i w pismach z doby dzisiejszej (33), które zebraliśmy w osobną grupę streszczeń i wzmianek (W). Jest to może o tyle niefortunne, że niektóre streszczenia są obszerniejsze, aniżeli niejedna praca t. zw. oryginalna. Z tego też względu nie można ich pominąć, gdyż rzucają one pewne światło na ówczesne sposoby leczenia, powtóre i z tego względu, że niektóre ze sprawozdań, np. *Wł. Brodowskiego,* w zwięzłym i rzeczowym ujęciu, przedstawiają większą bodaj wartość, niż niejeden rozwlekły artykuł.

Niedokładność Wykazu polega jeszcze na wielu innych rzeczach. Np. przypadki bąblowca są nie zawsze podawane pod nazwiskiem demonstratora, względnie leczącego, lecz obok nazwiska, przedkładającego sprawozdanie. W Wykazie istnieje np. na str. 305 notatka: *Le Brun A.* Hydatidy wątroby, PTLW. 1857, XXXVII, str. 282 (52). Po wglądnięciu do Pamiętnika Twa Lek. Warsz. okazuje się, że przypadek przedstawił *Pawlikowski K., Le Brun* zaś przedłożył „Sprawozdanie Lek. ze Szpitala Dziec. Jezus za kwartał I/1857 r."

Dalecy od zamiaru szczegółowego zaznajomienia się ze wszystkimi protokułami posiedzeń, lecz opierając się tylko na wynotowanych tomach czasopism, natrafiliśmy w nich na przypadki zapoznane, tyczące się bąblowca wieńcogłówki. I tak, prawdopodobnie jeden z przypadków wodnic (ascites) podanych przez *Syciankę* (91), odnosił się do tego bąblowca. U *Pietrzykowskiego* zaś (73), choć w swym przypadku nie wspomina o nim, to jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że tyczył się również bąblowca wieńcogłowego. Zespół, opracowujący Wykaz (101), zdawał sobie sprawę z podobnie mylnych rozpoznań. Dowodzi tego taki tytuł: *„Swierzbieński B.:* Wągrowiec (echinococcus) w wypukłości lewej mózgu". Podczas gdy w oryginale (Gazeta Lekarska. T. XIV, str. 257, 1873 r.) znajdujemy: „Węgrowiec (cysticercus cellulosae) na wypukłości lewej półkuli mózgu". (90). Czyli że autor miał na myśli bąblowca tasiemca samotnego, a nie wieńcogłówki. Zatem zespół redakcyjny powinien był przeprowadzić — zupełnie zresztą usprawiedliwioną, jak to wynika z opisu, — poprawkę, nie tylko w nazwie łacińskiej, ale i polskiej. Poza tym nie brak w Wykazie rzeczy niepoprawionych. Np. w dziale p. t. „Nowotwory mózgu" znajdujemy: *I. Krysiński* „Kołowacizna u człowieka, cysty w bocznej jamie mózgowej", PTLW. LXIII, 1860 (104), u *Kośmińskiego* to samo w tomie XLIII, podczas gdy z dyskusji, która się rozwinęła z powodu demonstrowania owych cyst, wynika, że chodziło o bąblowca wieńcogłówki. Powoływano się bowiem w niej na *Siebolda* (77) i *Küchenmeistera,* którzy położyli duże zasługi nad zbadaniem cyklu rozwojowego tego tasiemca, nazywanego przez Niemców: taenia echinococcus Siebold. Wreszcie niektóre rzeczy pominięto. Np. przypadek *Pląskowskiego,* interesujący z tego względu, że chory podczas kaszlu wydalał liczne pęcherze bąblowca wieńcogłówki, po przebiciu torbieli macierzystej, znajdującej się w wątrobie, przez przeponę do płuc i oskrzeli (o takim samym przypadku wspomniał wówczas i *L. Natanson).* Nie umieszczono również wzmianki o wodnicach wątroby, demonstrowanych przez *Adamowicza* na posiedzeniu lekarzy wileńskich w dniu 22.2 1864 r. (1).

Zasadniczo dla chcącego zapoznać się z materiałem głównym są to usterki o znaczeniu drugorzędnym. Wartość z przejrzenia własnego piśmiennictwa lekarskiego jest wieloraka. Pozwala nie tylko śledzić zmiany zapatrywań na rozmaite zagadnienia, ale i wprowadza nas niejako w krąg myślenia i działania ówczesnego

świata lekarskiego. Stare rozprawy posiadają nadto pewien swoisty urok. Są barwniejsze, lżejsze i nie tak oschłe, jak obecne. Ostatecznie, zawarte w nich, z punktu widzenia nowoczesnej medycyny oczywiste nonsensy, jak przepędzanie cholery strzelaniem z armat, leczenie padaczki sypianiem z barankiem, otwieranie pęcherza płodowego pocieraniem oń kawałkiem cukru itp. wywołują takie samo uczucie, jak niektóre zdarzenia z doby dzisiejszej. Są to w gruncie rzeczy przypadki z tego działu, jak przed stu bez mała laty szczęśliwe odprowadzenie przepukliny uwięźniętej, po uderzeniu w twarz pacjenta przez (prawdopodobnie zniecierpliwionego) eskulapa. Nic dziwnego, że ten, w dobie złych wyników chirurgicznych, wyraził żal, że sposobu tego nie można niestety zastosować we wszystkich przypadkach!

Wracając do rzeczy po tej dygresji, wspomnimy krótko o rozwoju sposobów leczenia u nas bąblowca wieńcogłówki. Otóż, zanim była znana natura pasożytnicza cierpienia, w myśl dawnych zasad, leczenie obejmowało cały ustrój, a nie było skierowane bezpośrednio na dany narząd. Zwracanie bowiem uwagi wyłącznie tylko na schorzały narząd, „z najbliższymi przyległościami”, było pewnego rodzaju „obrazą dla reszty”. Z chwilą poznania istoty cierpienia, próbowano stosować środki czerwiogubne. Jak wynika z pracy *Rymkiewicza* (79) i *Orkisza,* arsenał ich był bardzo pokaźny i niczym się prawie nie różnił od dzisiejszego. Rychło jednak przekonano się, że leczenie zachowawcze nie prowadziło do pożądanego celu. Nie pomagały również inne środki, jak nacieranie solą kuchenną, terpentyną, maściami: jodową i rtęciową, upust krwi, kalomel (solnik żywego srebra) jodek potasu itd. Pomyślne zejścia widywano niekiedy po przebiciu torbieli macierzystej, jak ropni, do sąsiednich narządów (2) lub na zewnątrz, dalej, po nakłuciach trójgrańcem. I choć każdy zabieg chirurgiczny krył wiele niebezpieczeństw z powodu nieznajomości aseptyki, to jednak ustalało się coraz bardziej mniemanie, że jedynym racjonalnym leczeniem jest tylko zabieg chirurgiczny [*F. Sommer* 1862 (85)]. Ponieważ nakłuwanie torbieli bąblowca przez wolną jamę brzuszną mogło spowodować zapalenie otrzewnej, starano się przeto doprowadzić wpierw do zlepienia się torbieli ze ścianą brzuszną, po czym dopiero nakłuwano torbiel i wypuszczano jej zawartość. Do tego celu, a więc do przeżarcia całej grubości ściany brzusznej, miała służyć tak zwana pasta żrąca wiedeńska czyli ciasto wiedeńskie (kal. et calc. caust. aa 6:100 spir vini dil.). Barbarzyński ten sposób, bardzo bolesny, wprowadzony w 1827 r. przez *Récamiera,* był rozmaicie modyfikowany. *Péan* przed przyłożeniem ciasta wiedeńskiego wbijał trógraniec w torbiel, *Gosselin* i *Trousseau,* w chwili utworzenia się lejka w mięśniu poprzecznym brzucha (n. b. pod wpływem działania tego ciasta) wbijał do guza strzałki, zrobione ze żrącej substancji. Te i inne pomysły dawały złe wyniki. Dopiero w dobie listerowskiej zyskały sobie uznanie dwie metody: *Volkmanna* i *Lindemanna.* Pierwsza, dwuczasowa (niesłusznie przypisywana *Beginowi* z 1830 r.) polegała na 2-ch aktach operacyjnych: a) otworzeniu jamy brzusznej naprzeciw największego wypuklania się torbieli i wsunięciu w brzegi rany gazy karbolizowanej, jodoformowanej itp. w celu wywołania zlepu pomiędzy otrzewną, a ścianą torbieli, b) nacięciu odsłoniętej torbieli w 4—11 dni później i wypuszczeniu jej zawartości, względnie wyłuszczeniu torbieli. Druga, jednoczasowa, ogłoszona przez *Kirchnera* w 1879 r., polegała na otwarciu jamy

brzusznej, wszyciu w jej ranę torbieli i doraźnym jej otwarciu.

Nacinanie zropiałej torbieli bąblowca, zrośniętej z powłokami brzusznymi, dokonywane były w Polsce od dawna. Znajdujemy o tym i opisy i wzmianki. Dokonywanie pierwszych zabiegów sposobem nowoczesnym przypada w udziale *Dintemu* (49), *Kaczorowskiemu* (34), *Krajewskiemu* (46) i innym. Obcenie stosuje się trzy metody: a) t. zw. marsupializację (określenie niestosowne, wprowadzone przez francuskich autorów — polegającą na otwartym leczeniu naciętej torbieli bąblowca, wszytej uprzednio do ściany brzusznej), b) leczenie zamknięte po doraźnym usunięciu torbieli pasożyta wraz z jego otoczką lub torebką włóknistą (enucleatio) po szczelnym zaszyciu rany wątroby i jamy brzusznej, c) usunięcie torbieli wraz z częścią wątroby. W razie wszycia otwartej torbieli do rany brzusznej, stosuje się przepłukiwania wnętrza torbieli najrozmaitszymi środkami odkażającymi. Nakłuwanie torbieli przez ścianę brzuszną uważać należy za błąd nawet, jeśli wprowadza się do jamy torbieli pasożyta środek odkażający, gdyż sposób ten nie chroni przed rozsianiem zarodków do jamy otrzewnowej. Do najczęściej używanych płynów odkażających należą: *van Svietena* (sublimat 1,0, 100 alkoholu, 900 wody), roztwory: sublimatu 1:500, 1:1000, formaliny: 1 : 100 *(Chaput)*, alkoholu, zawiesiny jodoformowej w glicerynie *(Billroth)* itp.

Z przejrzanego piśmiennictwa polskiego wynika, że najczęstszym siedliskiem bąblowca (podobnie zresztą, jak i w innych krajach) była wątroba, płuca, śledziona, nerki, u kobiet zagłębienie pomiędzy macicą a odbytnicą, rzadziej mózg, skóra, krezka, kości i tarczyca. Najczęściej spostrzegany był u osób w wieku średnim, najrozmaitszych zresztą sfer i zawodów.

Zdaje się, że omawiany bąblowiec z postępem kultury staje się coraz rzadszym zjawiskiem. Przed 85 laty *Szewczyk* (93) doniósł o 5-ciu przypadkach obserwowanych przezeń w stosunkowo niedługim czasie, z dzisiejszych, poza *Butkiewiczem* (9), który leczył 6 przypadków, inni podają pojedyńcze tylko przypadki. Np. w Klinice lwowskiej od 1920 do 1932 roku operowano zaledwie dwa przypadki. W rocznikach Pol. Gaz. Lek. od 1924 do 1937 roku spotykamy zaledwie trzy prace o bąblowcu i nie więcej wzmianek w protokułach posiedzeń naukowych. W Warsz. Czasopiśmie Lek. w 14 rocznikach nie ma żadnej o nim pracy, co wskazuje, że bąblowiec w Polsce należy do względnych rzadkości. W materiale sekcyjnym częstotliwość waha się między $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$% (100). Klinicznie dałoby się go prawdopodobnie tyle naliczyć w Polsce w ciągu 10 lat, ile notują szpitale w Bułgarii w jednym roku, a być może jeszcze mniej. Sądzimy tak na podstawie faktu, iż w Warnie w roku ubiegłym pokazano nam naraz kilka przypadków pozostających w leczeniu, przy czym ordynujący lekarz zaliczał bąblowicę do schorzeń częstszych w tym kraju. Jak częsty jest bąblowiec w krajach południowych, świadczy o tym doniesienie *Colombaniego*, który w szpitalu w Sebenico, w ciągu 6-ciu lat leczył 135 przypadków (96) (Zbl. f. Chir. 1908) w szpitalu zaś w Buenos Aires od 1901 — 1910 leczono 1366 przypadków (Rev. de Chir., Nr 4, 1901).

Kończąc składam podziękowanie Drowi *Kotuli*, Dyrektorowi Biblioteki Uniwersyteckiej we Lwowie za wypożyczenie dzieł do 1890 roku i Drowi *Konopce*, Dyrektorowi Biblioteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, za zestawienie i użyczenie dotyczącego piśmiennictwa od 1890 do 1936 roku.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Adamowicz A. F.:* Wodnice wątroby. Pos. lek. wil. z dnia 24.2.1864, Tygodnik Lekarski (TL.) (W), 2. *Bącewicz J.:* Przykład szczęśliwie uleczonego ropienia wątroby. Pamiętnik Lekarski Warszawski (PLW.) 1828, 3. *Begleiter H.:* Przyczynek do parazytologii bąblowca w środkowym układzie nerwowym człowieka. Lwowski Tygodnik Lekarski (LTL.) 1913, T. 8, 57, 73, 4. *Berenstein:* Przypadek bąblowca łącznicy u dziecka 3 letniego. Czasopismo Lekarskie (CL.) 1900, T. 2, Nr 2, 76 (W), 5. *Bierkowski L.:* Przykład nadzwyczajnie wielkiej wątroby, połączonej z tumorem torebkowym znacznej wielkości, zawierającym w sobie hydatydy. PLW. 1929, T. 2, s. 465, 6. *Bremser:* Ueber lebende Würmer im lebenden Menschen. Wiedeń, 1819, 6a. *Bremser:* Traité zoologique et physiologique sur le vers intestinaux de l'homme. Paris. 1825, 7. *Blumenstock L.:* Bąblowiec wątroby (śmierć naturalna czy skutkiem urazu). Przegląd Lekarski. (PL.) 1889, T. 28, s. 546, 8. *Brodowski W.:* Echinococcus hepatis. Gazeta Lekarska (GL.) T. 7, s. 433, 1869, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (PTLW.) 1869, T. 61, s. 53 i PTLW. T. 67, s. 261 (W), 9. *Butkiewicz T.:* W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego bąblowca wątroby. Medycyna (M.) 1931, Nr 1, s. 5 — 10 i Nr 2, s. 44 — 49, 10. *Celichowska J.:* Przypadek bąblowca mózgu i wątroby u 5½ letniej dziewczynki, zmarłej wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przegląd Pedjatryczny (PP.) 1914, T. 6, Nr 5, s. 503 — 504 (W), 11. *Ciechomski:* Przedstawienie chorego, operowanego z powodu bąblowca wątroby. Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny (PCHiG.) 1909, T. 1, s. 363—364, Pos. Twa Lek. Warsz. z dnia 13.V 1909 (W), 12. *Ciechomski:* Przedstawienie preparatu wątroby, zajętej przez nierozpoznany za życia bąblowiec. Sprawozdanie z posiedzeń Sekcji Chir. Warsz. Twa. Lek. 1906, Nr 2, s. 34 — 35 (W), 13. *Ciechomski:* Operacja zropiałego bąblowca wątroby. Sprawozd. z pos. Sekcji Chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37 (W), 14. *Ciechomski:* O postępowaniu operacyjnym w bąblowcu wątroby. PCHiG. 1910, T. II, s. 96 — 104 (Streszcz. odczytu na pos. chir. Twa Lek. War. z dnia 27.V 1909 (W), 15. *Ciechomski:* Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia urazowego. Gazeta Lekarska (GL.) 1898, 16. *Chłapowski F.:* Bąblowiec wątroby. PL., T. 26, s. 665, 1887 (W), 17. *Chłapowski F.:* Bąblowiec płuc. PL, 1887, s. 135 (W), 18. *Chłapowski F.:* Bąblak wątroby (dyskusja). Nowiny Lek. (NL.) 1899, T. 11, s. 31 (W), 19. *Czarkowski:* Bąblowiec wątroby. Spr. pos. Sekc. Chir. War. Twa Lek. 1906, s. 36 (W), 20. *Czerwiński C.:* Dwa przypadki ciąży, powikłanej obecnością bąblowca w tkance okołomacicznej. PCHiG, 1914, T. 10, s. 354, 21. *Daum L.:* Przypadek rozsianego bąblowca w jamie brzusznej. Polska Gazeta Lekarska (PGL.) 1931, II, 22. *Drobnik T.:* Przypadek bąblowca wątroby. NL, 1899, T. 11, s. 31, 23. *Fidler A.:* Przypadek bąblowca wątroby. M, 1931, Nr 21, s. 747 (W), 24. *Fidler A.:* Przypadek bąblowca wątroby. PGL, 1931, Nr 49 (W), 25. *Gabszewicz:* Rzadsze przypadki bąblowca nerki i otrzewnej. PL, 1911, T. 50, s. 471 — 473, 26. *Gawlik J.:* Przyczynek do ajtyologii żółtaczek. Przegl. Lek. 1864, s. 51 (W), 27. *Gedroyć:* Słownik Lekarski Polski, 28. *Gliński:* Okaz bąblowców śledziony. PL, 1902, T. 41, s. 658 (W), 29. *Goldstein P.:* Przypadek operowanego bąblowca płuc. Polski Przegląd Chirurgiczny (PPCh) 1935, T. 14, Nr 6, s. 856 — 858, Spr. z pos. Twa. Chir. Warsz. (W), 30. *Hertz R.:* O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca. Medycyna i Kronika Lekarska (KL) 1911, R. 46, Nr 20, s. 453 — 457, 31. *Iwaszkiewicz B.:* Hydatydy w śledzionie. TL, T. 18, s. 175, 1864, Prot. pos. lek. wil. z dnia 25.IV 1864 (W), 32. wg *Jaccouda S.:* Wykład Patologii Szczegółowej. 1884, T. 3, s. 84, 33. *Jelenkiewicz:* Bąblowiec wątroby. Łódzkie Two Lek. pos. z d. 22.II 1928, Pol. Gaz. Lek. Nr 35, 1928, s. 638 (W), 34. *Kaczorowski T.:* Bąblowiec mózgu. PL, T. 16, s. 60, 1877 (W), 35. *Kaczorowski T.:* Operacja bąblowca wątroby. PL, 1883, T. 22, s. 10 (W), 36. *Kaczyński K.:* Pokaz preparatu bąblowca. PTLW, 1910, T. 106, s. 261 (W), 37. *Kader B.:* Przypadek bąblowca wątroby. Przegląd Lek. 1902, s. 106 (W) i Przegląd Chir. 1914, 38. *Kaplan A., Konopnicki J.* i *Piechowska J.:* Z kliniki guzów płucnych. Med. 1931, Nr 7, s. 213 — 214, 39. *Kapuściński B.:* Bąblowiec wątroby. PL. 1878, T. 17, s. 25 (W), *R. Kijewski F.:* Przypadek bąblowca stercza. PChr. 1911, T. 5, s. 231 (W), 41. *Kitzler J.:* Przyczynek do chirurgicznego leczenia bąblowca wątroby. GL. 1911, Nr 11, s. 275 — 280, Nr 12, s. 309 — 312, i Nr 13, s. 331 — 337, 42. *Kochański W.:* Robaczek (hexateridium cysticercus cellulosae) w żyle ramieniowej. PTLW. 1839, T. 2, s. 38, 43. *Korzeniowski H.:* Wodunki w ścianie brzusznej. PTLW. T. 62, 1869, s. 339 (W), 44. *Kosiński J.:* Bąblowiec wątroby u 5-l. dziewczynki. PTLW. T. 76,

1880, s. 727 (W), 45. *Kośmiński S.:* Słownik Lekarzów Polskich. 1888, 46. *Krajewski W. H.:* Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie. Kronika Lekarska. 1886, Nr 1 — 6, 47. *Krajewski W. H.:* Przypadek pęknięcia bąblowca wątroby do jamy brzusznej. Sprawozd. z pos. sekc. chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37 (W), 48. wg *Krajewskiego* z *Neissera A.:* Die Echinococcuskrankheit. Berlin. 1877, 49. Cyt. z pracy *Krajewskiego* z r. 1886, KL. 1 — 6, 50. *Kuczyk F.:* O leczeniu tumorów przez nacisk. PLW. 1828, s. 106 (W), 51. *Kulski J.:* Torbiel wodunkowa. KL. zagraniczna, PTLW. 1866, T. 55 (W), 52. *Le Brun A. A.:* Hydatidy wątroby. PTLW. 1857, T. 37, s. 282 (W), 53. *Łuczkiewicz H.* i *Rosenzweig:* Wykład prof. Oppolzera o tumorach, czyli guzach w jamie brzusznej. PTLW. 1862, T. 47, s. 51 — 123 (W), 54. *Majewski E.:* Echinococcus mózgu. TL. 1863, T. 17, s. 371 (W), 55. *Makowski J.:* Bąblowiec wątroby. PL. 1913, R. 52, Nr 24, s. 372 (W), 56. *Malcz L. M.* (Streszcz. *Demarquaya*): Nowy sposób leczenia wodunków wątroby. PTLW. 1866, T. 56, s. 220 (W), 57. *Matlakowski W.:* O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego. GL. 1890, 58. *Mayzel:* Bąblowiec nerki. PTLW. 1894, T. 90, s. 197 (W), 59. *Mieczkowski:* Pokaz bąblowca usuniętego z wątroby. Nowiny Lek. 1908, T. 20, Nr 4, s. 268 (W), 60. *Mizerski A.:* Echinococcus w moczu. Pos. Twa Lek. Poznań. z d. 19.12.1867, PL. 1868, T. 7, s. 131 (W), 61. *Oderfeld H.:* Przypadek bąblowca umiejscowionego w cavum Retzii. PTLW. 1901, T. 97, s. 517 (W), 62. *Oderfeld H.:* Bąblowiec wątroby symulujący kamicę żółciową. Sprawozd. z pos. Sekc. Chir. Twa Lek. Warsz. 1906, s. 35 (W), 63. *Oderfeld H.:* Pokaz prepar. bąblowca wątroby. Spr. z pos. chir. TLW. 1908, s. 54 (W), 64. *Oettingen O. L.:* Hydatydy wątroby (acephalocystis). PTLW. T. 23, 1850, poszyt 2, s. 29 (W), 65. *Okoński M.:* Przypadek podprzeponowego bąblowca wątroby z przebiciem się do opłucnej, płuca i oskrzela. Lekarz Kolejowy. 1932, R. V, Nr 3, s., 57 — 62, 66. *Olszewski:* Przypadek torbieli bąblowca w sutce. Czasopismo Lek. 1900, T. 2, s. 191, Pos. Twa Lek. Łódzkiego z dn. 21.3.1900 (W), 67. *Onyszkiewicz T.:* O bąblowcu wątroby na podstawie przypadków klinicznych. PGL. Nr 8, 1933, s. 150 — 152, 68. *Orkisz J.:* Lekarstwa przeciw soliterowi czyli tasiemcowi. PTLW. T. 41, 1859, s. 232, 69. *Pallas P. S.:* De infestis viventibus intra viventia. 1760, (wg *Rusta*), 70. *Parczewski:* Preparat bąblowca mózgu. Polski Przegląd Chir. 1924, T. 3, Nr 1, s. 93 — 94 (W), 71. *Perkowski:* Pęknięcie bąblowca do jamy otrzewnowej. Spraw. z pos. Sekcji Chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37, Dodatek GL. Nr 52, s. 37 (W), 72. *Perzyna L.:* Lekarz dla włościan, czyli rada dla pospólstwa w chorobach i dolegliwościach naszemu kraiowi albo właściwych, albo po większey części przyswoionych, każdemu naszego kraiu mieszkańcowi do wiadomości potrzebna, przez b. Ludwika Perzynę zakonu braci miłosierdzia w rodowym ięzyku napisana. Kalisz 1793, 73. *Pietrzykowski J. K.:* Guz pęcherzykowaty wodnisty w macicy. TL. T. 14, 1860, s. 315, 74. *Pomper:* Wycięcie częściowe wątroby w przypadku bąblowca wielokomorowego; bąblowiec w dole Douglasa; bąblowiec wątroby; bąblowiec śledziony. PPChir. 1924, T. 3, Nr 4, s. 505 — 507 (W), 75. *Pomorski:* Bąblowiec wątroby u 12-letniej dziewczynki. Now. Lek. 1905, T. 17, Nr 2, s. 110 (W), 76. Poradnik zdrowia dla mieszkańców po prowincyach czyli wybór nayużywańszych środków, sposobów y rad lekarskich w chorobach y przypadkach naypowszechniey i nayczęściey się zdarzaiących z pisarzów dziś w Europie naywięcey poważanych. Wrocław, W. B. Korn, 1822, 77. Pos. lek. wil. z dnia 22.2 1864 (W), 78. *Preibisz:* Przebicie bąblowca do żołądka. PL. 1887, T. 26, s. 666 (W), 79. *Radwan:* Przypadek bąblowca jamy brzusznej. PPChir. 1927, T. 6, Nr 2, s. 340 — 341 (W), 80. wg *J. N. Rusta* b. prof. Uniwers. w Krakowie: Handbuch der Chirurgie. T. 9, s. 112 (nazwę acephalocystis wprowadził *Laennec* w dziele: Mém. sur les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain. Bull. de l'ecole de méd. pour l'an XIII, Nr 10), 81. *Rymkiewicz F.:* O robakach żyiących w ciele człowieczem. Dziennik med. chir. i farmacyi. Wilno, 1822, T. 1, s. 419 — 464, 82. *Rzędkowski:* GL. T. 17, s. 351 (W), 83. *Schilling-Siengalewicz S.:* Bąblowiec tasiemca wieńcogłowego tarczycy. Now. Lek. 1930, Nr. 20, s. 670 — 671, 84. *Seifman P.* i *Hoyer H.:* PTLW. 1866, T. 66, s. 88, Prot. pos. z dnia 15.V 1866 (W), 85. *Sławiński:* Dwa przypadki bąblowca w lewym płacie wątroby. Spraw. pos. Twa Chir. Warsz. z dnia 28.VI 1926, PPChir. T. 6, Z 2, 1927, s. 341 (W), 86. *Sołowiejczyk:* Przypadek bąblowca uda. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych. 1924, R. III, Nr 3, s. 178 (W), 87. *Sommer F.:* Przypadek pasożytów wodunkowych w wątrobie postrzegany na klinice prof. Chałubińskiego. PTLW. 1862, T. 47, s. 289 i T. 48, s. 24, 88.*Stankiewicz W.:* Bąblowiec wątroby. PTLW. T. 78, 1882, s. 79 (W), 89. *Stankiewicz W.:* Bąblowiec wątroby. Spraw. z Sekc. Chir. przy War. Twie Lek. 1906, s. 36, 90. *Świerzbiński B.:* Węgrowiec (cysticercus cellulosae) na

wypukłości lewej półkuli mózgu. GL. T. 14, 1873, s. 257, 91. *Sycianko J.:* Postrzeżenia lekarskie w szpitalu i praktyce prywatnej gub. tambowskiej. TL. 1860, s. 304 (W), 92. *Szancer B.:* Echinococcus macicy u dziewczyny 12-letniej. PTLW. T. 73, s. 507, 1877, 93. *Szewczyk J.:* Przyczynek do kazuistyki klinicznej ziarnowca wątrobowego (echinococcus hepatis). PL. 1864, s. 121, 137, 145, 153, 94. *Troczewski A.:* Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. GL. 1895, T. 15, Nr 6, s. 141—144, 95. *Wajs E., Waserman H.* i *Kosiński W.:* Niezwykły przypadek pneumokokowego zropienia bąblowca wątroby. Nowiny Lek. 1927, Nr 22, s. 764 — 766, 96. *Warchoł L.:* W sprawie podprzeponowego bąblowca wątroby. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1920, T. 10, Nr 1, 2, 97. *Węgrzynowski L.* i *Zier:* Bąblowiec klatki piersiowej. PGL. Nr 10, 1936, s. 190 (W), 98. *Wertheim* i *Tonenberg:* Pokaz chorej, operowanej powtórnie z powodu nawrotu bąblowca o dość rzadkim umiejscowieniu. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych. 1935, T. 14, s. 168 — 169, 99. *Wertheim A.:* Bąblowiec płuca. Spr. z pos. T-wa Chir. Warsz. z d. 22.10.1934, PPChir. T. 14, Z. 6, 1935 (W), 100. *Winiarski J.* i *Żenczykowski W.:* Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. GL. 1903, T. 23, Nr 21, s. 482 — 484, Nr 22, s. 513 — 516 i Nr 23, s. 539 — 544, 101. Wykaz Oryginalnych Prac Lekarskich Polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie (pod red. *K. Chełchowskiego*), 102. *Wygrzywalski M.:* Ziarnowiec wątroby. GL. 1872, T. 13, 103. *Zielewicz J.:* Bąblowiec wątroby. PL. 26, s. 695, 1887 (W), 104. *Krysiński I.:* Kołowacizna u człowieka, cysty w bocznej jamie mózgowej. PTLW. T. 43, 1860, s. 99 i TL. 1860, s. 6 (W), 105. *Szancer B.:* Odpowiedź na krytykę dra *Aptego*. PTLW. 1872, s. 697.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Ein Fall von den in die Bauchhöhle geplatzten Leberechinococcus

v.

Dr J. Peter (Tomaszów Lub.).

Mitteilung über einen Fall von den in die Bauchhöhle geplatzten Leberechinococcus, bei einer 41 jährigen, herzkranken Frau. Das Ereignis fand vor 2—3 Jahren statt, wie man nach langsam sich entwickelnden und zunehmenden Ascites vermuten kann. Es fehlten dabei vollkommen gewöhnliche Erscheinungen, wie Urticaria, Schmerzen in der Lebergegend oder andere vorübergehenden Symptomen. Keine Anhaltspunkte nach Blut - und Punktatuntersuchungen, so dass die Diagnose erst bei Probelaparatomie fastgestellt werden konnte.

Zusammenstellung der entsprechenden polnischen Literatur vom Jahre 1793 bis 1936, welche über 100 Positionen umfasst.

K A Z U I S T Y K A

Z Oddziału chir. II (Prym. Dr *A. Wolf)* i Pracowni rentgenowskiej (Prym. *Dr M. Penzias)* Szpitala im. Lazarusa we Lwowie.

Przyczynek do rozpoznawania naczyniaków jamistych

podali

Dr M. GRAF i Dr C. ROBINSON.

Dnia 15.XI 1937 przyjęto na oddział chorą O. M., lat 37, której wywiady są następujące:

Od 10-ciu lat, rzekomo po jakimś urazie, nieznaczne powiększenie objętości trzeciego palca ręki prawej, które żadnych dolegliwości nie sprawiało. Chora podaje, że nie zauważyła ani zmiany zabarwienia skóry, ani stwardnień w obrębie obrzęku. Przed dwoma laty schorzenie kręgosłupa, z powodu którego leczona była w szpitalu z rozpoznaniem gruźlicy kręgosłupa i stawu krzyżowo-biodrowego prawego. Dłuższy czas leżała w łóżku gipsowym, a obecnie stale nosi gorset.

Przed czteroma tygodniami zauważyła, że obrzęk palca znacznie się powiększył, wystąpiły bóle, zaczerwienienie i obrzęk skóry oraz upośledzenie ruchomości obu stawów międzypaliczkowych.

S t a n m i e j s c o w y: trzeci palec ręki prawej po stronie dłoniowej wrzecionowato zgrubiały, przy czym w miejscu największego wypuklenia obwód palca zwiększony jest dwukrotnie. Obrzęk w stosunku do osi długiej palca jest asymetryczny, z przesunięciem ku stronie przyśrodkowej. Skóra obrzękła, nacieczona, bez zmian zabarwienia; przy obmacywaniu bardzo znaczna bolesność, przy czym stwierdza się opór o konsystencji twardej, wielkości dużego orzecha laskowego, względem skóry nie przesuwalny, względem podłoża nieznacznie ruchomy. Ruchy czynne obu stawów międzypaliczkowych zniesione, bierne — znacznie zmniejszone.

Klinicznie wchodziły tu pod rozwagę następujące stany chorobowe: *gruźlica trzonu paliczka (spina ventosa)*; cierpienie to nasuwało się przede wszystkim wobec gruźlicy w wywiadach; przeciw temu przemawiały następujące okoliczności: kształt ekscentryczny, zajęcie okolicy międzypaliczkowej, podczas gdy spina ventosa ogranicza się do jednego paliczka. Podobny obraz spotyka się przy *gruźlicy ścięgna;* jakkolwiek brak było fluktuacji, to w poszukiwaniu płynu wysiękowego wykonano nakłucie próbne, przy którym wydobyto jednakże tylko kilka kropel krwi. Ponieważ wyczuwało się w zakresie obrzęku wyraźne stwardnienie, wysunęło się podejrzenie obecności *ciała obcego* obrośniętego tkanką ziarninową. Dla rozstrzygnięcia powyższych wątpliwości wykonano zdjęcie rentgenowskie *(Dr Robinson)*, którego wynik przedstawia się następująco (rys. 1):



Rys. 1a.



Rys. 1b.

Zgrubienie części miękkich trzeciego palca ręki prawej po stronie dłoniowej, na wysokości przyśrodkowej części paliczka drugiego i stawu międzypaliczkowego pierwszego. W obrębie tego zgrubienia cień owalny, podwójny, o wysyceniu wapnia lub warstwy korowej kości; w rzucie strzałkowym widoczny wysycony cień, podwójny, długości 3 mm., leżący w odległości 2 mm. od zewnętrznego konturu palca na wysokości największego obrzęku, drugi tuż przy stawie międzypaliczkowym, wielkości ziarna prosa.

Po stronie dłoniowej paliczka, w połowie jego wysokości obłoczkowaty cień, jakby naloty okostnowe. Struktura paliczka bez zmian.

Pierwsza myśl wobec urazu w wywiadach przed kilku laty, wobec kształtu o-

brzęku i wystąpienia bolesności w ostatnich czasach, dalej wobec powierzchownego ułożenia najsilniej wysyconego cienia, była: *ciało obce* z następowym, późno występującym zakażeniem. Widoczna jednak, zwłaszcza przez lupę, na zdjęciu strzałkowym struktura cieni, przy ich wielokrotności, krągłości (nawet najmniejszego), nie odpowiada temu rozpoznaniu; ułożenie cieni wyklucza tłumaczenie ich jako trzeszczki. Wobec tego należało opisane cienie uważać za kamienie żylne, co w łączności z ich wielokrotnością mogło nasunąć rozpoznanie *naczyniaka jamistego.*

Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały następujące momenty: brak zabarwienia sinego skóry, która również nie wykazywała żadnych rozstrzeni naczyń (telangiektazyj); brak turgenscencji, gdyż wyczuwalny opór w ogóle nie dał się wycisnąć, albo uciskiem zmniejszyć lub zmienić. Można było myśleć o wytworzeniu się w naczyniaku torbieli na skutek zaniku beleczek i przegródek; jednakże torbiel taka winna była dać się opróżnić za pomocą nakłucia próbnego, co w naszym przypadku nie miało miejsca.

Nasunęło się wobec tego przypuszczenie, że z niewiadomych nam bliżej przyczyn przyszło w naczyniaku do zakrzepowego zapalenia żył, co od razu tłumaczyłoby zarówno obrzęk i nacieczenie skóry, jak i twardość, niepodatność i bolesność wyczuwalnego guzka. Nalot okostnowy widoczny na paliczku należałoby wobec tego uważać za proces reaktywny. że w tym wypadku ni przyszło do ubytku kości, jak to często bywa przy tego rodzaju sprawach chorobowych, tłumaczyć należy tym, że bujanie nowotworowe rozwijało się na zewnątrz.

6/XI, operacja — wyłuszczenie guza — potwierdziła w zupełności nasze rozpoznanie. Technicznie zabieg na skutek zakrzepnięcia większej części guza nie przedstawiał żadnej trudności. Guz usunięty, długości 2 cm., grubości 1 cm. leżał na ścięgnie zginacza. Na przekroju widoczne nieliczne tylko jamki naczyniaka, z których wydobyto wykazane rentgenologicznie kamyki żylne; reszta guza, jak wspomniano, spoistości twardej na skutek zakrzepnięcia. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie naczyniaka jamistego. Badanie chemiczne kamieni żylnych wykazało, że składają się one z fosforanu wapniowego. Przebieg pooperacyjny gładki.

Przypadek powyższy z następujących względów zasługuje na uwagę: stosunkowo rzadka lokalizacja (75% wszystkich naczyniaków jamistych znajdujemy na głowie i szyi), nietypowy obraz kliniczny i niezupełnie jasny obraz radiologiczny, spowodowany zakrzepowym zapaleniem żył naczyniaka.

W wypadkach zatem trudności rozpoznawczych, należy pomyśleć o możliwości zakrzepnięcia światła naczyń w naczyniaku jamistym.

PIŚMIENNICTWO.

Wullstein-Küttner: Die Chirurgie T. II, *Coenen:* Die Geschwülste w: Die Chirurgie, Kirschner, Nordmann, T. II, cz. I, *Santozky:* Zur Roentgendiagnose der Haemangiome, Forschr. a. d. Gebiete d. Roentgenstrahlen, 1927, str. 520, *Lewandowski:* Naczyniak jamisty pęcherza, Chir. P., 1937, Nr 8.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein Beitrag zur Erkennung kavernöser Haemangiome

v.

Dr M. Graf u. Dr C. Robinson (Lwów).

Bei einer Patientin mit einer unscheinbaren, symptomlosen Schwellung am Finger kam es aus unbekannter Ursache zu einer grösseren Schwellung, Verhärtung und Schmerzhaftigkeit des kranken Fingers. Nach längeren differentialdiagnostischen Erwägungen kam man zur Diagnose eines Haemangioma cavernosum mit trombophlebitischer Occlusion der Gefässlumina. Die Diagnose wurde durch Operation, wie auch histologische Untersuchung bestätigt.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prezyd. G. Narutowicza w Krakowie.
(Ordynator *Dr Jerzy Jasieński*).

Przypadek olbrzymiego wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej

podał

Dr Paweł Hornicki.

Chora S. I., lat 26, zgłosiła się do szpitala ze skargami na utrzymujące się od 4 dni bóle napadowe w prawym podbrzuszu i okolicy lędźwiowej prawej, od 2 zaś dni bezustanne wymioty po przyjęciu choćby najmniejszej ilości pokarmów, znaczne osłabienie i bóle głowy. Mocz oddaje 2 — 3 razy dziennie, bez parcia, stolec zaparty. Chora podawała ponadto w wywiadach, że była operowana przed 2 laty z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego; po zabiegu jednak okresowo miewała nadal podobne napadowe bóle brzucha po stronie prawej, którym towarzyszyły zwykle dreszcze, gorączka dochodząca do 38°, parcie na mocz i częste moczenie — do 20 razy na dobę; oddawany zaś w czasie napadów bólów w małych ilościach mocz był mętny. W dzieciństwie przechodziła grypę, poza tym rzekomo nigdy nie chorowała. Periody od 17 roku życia, regularne, niebolesne. Dziedzicznie nie obciążona.

Przy przyjęciu stwierdzono: Chora wątłej budowy, licho odżywiona. Skóra i błony śluzowe blade. Język obłożony, podsychający. Klatka piersiowa wąska. Skrócenie odgłosu wypukowego nad lewym szczytem. Osłuchowo nad szczytem lewym oddech pęcherzykowy, z pojedyńczymi trzeszczeniami na wysokości wdechu i zaostrzone szmery oddechowe we wnęce. Granice serca prawidłowe, tony ciche, głuchawe, akcja serca miarowa. Ciśnienie krwi 65/35 mm. RR., tętno 70 na minutę. Ciepłota ciała 36,2°. Brzuch wysklepiony prawidłowo. Po stronie prawej wyczuwa się guz zachodzący w dole na talerz biodrowy, gubiący się w górze pod łukiem żebrowym. Guz na ucisk tkliwy, nie dochodzi do linii środkowej ciała, nie posiada ścisłych granic, ma równą po-

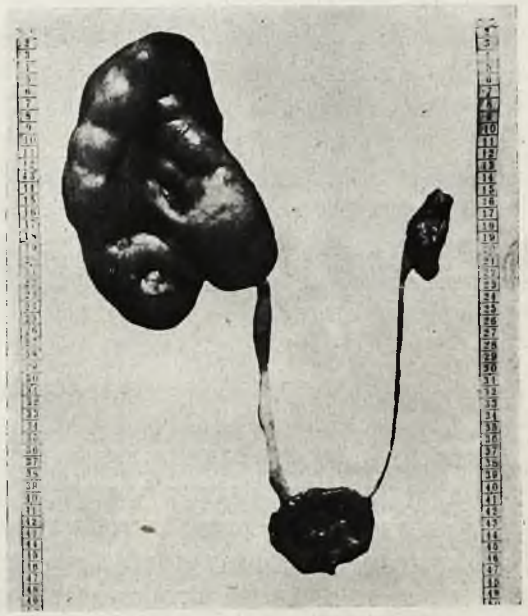
wierzchnię, spoistość elastyczną, a przy badaniu dwuręcznym sprawia wrażenie guza nerki.

Mocz mętny, o oddziaływaniu zasadowym, ciężarze gatunkowym 1012, zawierał 4% białka; w obfitym krwawym osadzie stwierdzono liczne krwinki czerwone, dość liczne leukocyty, nabłonki nerkowe, smugi śluzu i złogi moczanów bezpostaciowych. We krwi stwierdzono 64,40 mg% azotu pozabiałkowego i wzmożoną ilość indykanu; odczyn aldehydowy wypadł dodatnio. Leukocytoza 28.700. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonych segmentowanych 77%, pałeczkowych 6%, limfocytów 14%, jednojądrzastych 3%.

Zdjęcie rentgenowskie nie wykazało cienia kamieni, ani obrysów nerek.

W drugim dniu pobytu chorej w szpitalu wystąpił bezmocz i objawy mocznicowe znacznie się nasiliły. Przeprowadzone wziernikowanie pęcherza nie wykazało żadnych zmian jego śluzówki; obydwa ujścia przedstawiały się prawidłowo, kurczyło się jednak tylko ujście prawe, wydalając mocz krwawo podbarwiony. Barwika żadna z nerek nie wydaliła podczas cystoskopii, nie stwierdzono również jego śladów w moczu oddanym przez chorą w ciągu następnej doby. Cewnik wprowadzony do prawego moczowodu zatrzymał się w odległości kilkunastu cm. od ujścia pęcherzowego; po stronie lewej wprowadzenie cewnika nie napotkało na przeszkody, mimo to jednak nie udało się z żadnej z nerek zebrać ani kropli moczu. Wykonane zdjęcie rentgenowskie wykazało, że cewnik po stronie prawej dochodzi tylko do poziomu 5-go kręgu lędźwiowego i że zagiął się on wielokrotnie w świetle moczowodu; po stronie lewej koniec cewnika, jak się wydawało, znajdował się na poziomie odpowiadającym miejscu odejścia moczowodu od miedniczki; obrysy nerki lewej nie były jednak widoczne, podobnie jak i na poprzednim zdjęciu.

Dobowa ilość moczu wydalanego przez chorą w ciągu następnych dni nie przekraczała 280 cm^3; ilość azotu pozabiałkowego wzrosła do 84,0 mg.%; wzrosła też ilość indykanu we krwi i stan ogólny chorej z dnia na dzień się pogarszał. Dalsze dwukrotne jeszcze próby wprowadzenia cewnika moczowodowego do prawej miedniczki nerkowej okazały się bezskuteczne.



Rys. 1.

Chora zmarła w końcu drugiego tygodnia pobytu w szpitalu wśród objawów mocznicowych i niedomogi serca.

Na sekcji stwierdzono olbrzymie prawostronne wodonercze z wielkim kamieniem w prawej miedniczce nerkowej i brak lewej nerki (rys. 1). Torbiel nerki prawej posiadała znaczne rozmiary. Długość jej wynosiła 27 cm., szerokość zaś, wliczając szerokość kielichów i miedniczki, 16 cm. Miedniczka długości 11, szerokości 6 cm, rozgałęziała się na 5 ramion, odpowiadających 5 kielichom („bassinet ramifié" autorów francuskich), z których każdy po-

siadał długość od 5,5 do 6,5 cm, szerokość zaś od 2 do 3 cm. Długość moczowodu wynosiła 19 cm, szerokość jego światła dochodziła do 2 cm. Znajdujący się w miedniczce owalny płaski kamień posiadał rozmiary 5 × 4 × 1 cm.

Lewy moczowód wąski, długości 20 cm, w miejscu przejścia w miedniczkę posiadał na przestrzeni 1 cm zarośnięte światło. Bardzo małych rozmiarów rozgałęziona miedniczka przechodziła w 3 krótkie i cienkie kielichy, pozostające w łączności z tworem groniastym, długości 7,5, szerokości 2,5 cm, przypominającym swym kształtem zanikłą nerkę. Na przekroju nie stwierdzono obecności miąższu nerkowego, lecz szereg torbieli wypełnionych płynną jasnożółtawą treścią; gładkie ich ściany tworzyły nieregularną siatkę o różnej wielkości oczkach. Badanie histologiczne wykazało, że zewnętrzna warstwa wielotorbielowatego tworu składa się ze zbitej, ubogiej w naczynia tkanki łącznej. Od powierzchni w kierunku miedniczki biegły nieregularne, w wielu miejscach poprzerywane pasma łącznotkankowe, tworzące ściany poszczególnych torbieli. Wewnętrzną powierzchnię ścian mniejszych torbieli pokrywał spłaszczony nabłonek sześcienny; w większych — brak było wyściółki nabłonkowej. Nigdzie natomiast nie znaleziono śladów tkanki nerkowej.

Z wrodzonym brakiem, względnie, co praktycznie jest niemal równoznaczne, z tak znacznym niedokształceniem jednej nerki, iż narząd ten nie przedstawia właściwie żadnej wartości, rzadko stosunkowo spotykamy się w praktyce. *Ballowitz* zebrał wprawdzie z piśmiennictwa do roku 1895 213 tego rodzaju przypadków, a *Gerard* w roku 1905 mówi już o 278 przypadkach na ogólną liczbę 527 znanych mu wad rozwojowych nerek. W czasach późniejszych wszakże zakwestionowano ścisłość rozpoznania wielu z pośród wliczonych do tych zestawień doniesień, twierdząc, że w części przypadków chodziło prawdopodobnie o wytworzenie się narządu pojedyńczego miast parzystego, że obie nerki ułożone po jednej stronie zlały się ze sobą. Z drugiej zaś strony podnoszono, że rozstrzygnięcie w każdym poszczególnym przypadku, zwłaszcza jeśli chodzi nie o przypadek sekcyjny, czy mamy do czynienia z brakiem wrodzonym, znacznym niedokształceniem, czy też z wtórnym zanikiem nerki — może być niekiedy zupełnie niemożliwe. Stąd też prawdopodobnie *Heymann* w roku 1922 mówi tylko o 252 przypadkach, w których chodziło o jedną nerkę i wrodzony brak nerki drugiej. Według różnorodnych zestawień sekcyjnych częstość tych przypadków wynosi od 0,024 do 0,24%.

Niedokształcona nerka lewa nie przedstawiała w naszym przypadku żadnych osobliwości. Nerki takie, usadowione na górnym końcu niekiedy częściowo niedrożnego moczowodu, dość często posiadały budowę wyłącznie łącznotkankową i wykazywały zwyrodnienie torbielowate, przedstawiając się jako twór groniasty.

Zaciekawia nas inna zgoła sprawa. W piśmiennictwie mówi się przeważnie o schorzeniach nerki niedorozwiniętej, uzasadniających potrzebę usunięcia bezwartościowego narządu, mało natomiast znajdujemy wzmianek o schorzeniach przeciwnej, właściwie pojedyńczej nerki, częstości ich występowania, przebiegu i zejściu sprawy. Wiemy wprawdzie, że z jednostronnym brakiem nerki spotykano się u ludzi w każdym wieku; również przypadki, w których osobnik z jedną nerką dożył do późnej starości, do ostatnich czasów ciesząc się zupełnym zdrowiem, nie należą do wyjątkowych. Z różnorodnych spostrzeżeń jednak wynika, jak się zdaje, że schorzenia nerki rozwiniętej prawidłowo w przypadkach, w których mamy do czynienia z niedokształceniem nerki drugiej,

nie są bynajmniej wyjątkowe. Świadczy o tym chociażby spotykana w podręcznikach wzmianka, że niewątpliwie znacznie częściej, niż to wynika z piśmiennictwa, usuwano pojedynczą nerkę chorą, nie zorientowawszy się przed zabiegiem, iż chodziło o narząd nieparzysty. O tego rodzaju przypadku doniósł niedawno (1923) *Lick:* chory, dokładnie przed zabiegiem przebadany, zmarł w 7 dni po usunięciu nerki usianej licznymi ropniami, na sekcji zaś przekonano się o znacznym niedokształceniu pozostałej nerki. Przypominając, że w chirurgii nerek zdarzają się przypadki, w których badania czynnościowe nerek i cewnikowanie moczowodów dają wyniki niepewne lub sprzeczne, autor zgadza się w zupełności ze zdaniem *Rovsinga,* iż próbne operacyjne odsłonięcie nerki powinno być przeprowadzane nie tylko w przypadkach, w których nie mamy pewności która nerka jest chora, lecz i w tych, w których nie możemy wyłączyć na pewno, że nie mamy do czynienia z niedokształceniem drugiej nerki, uważanej za zdrową.

że nerka pojedyncza dość często ulega schorzeniu, wynikałoby również z zestawienia *Ballowitza.* Podnosząc, że w 55 z pośród 213 przypadków braku względnie znacznego niedokształcenia jednej nerki stwierdzono znaczne powiększenie rozmiarów drugiej, właściwie pojedyńczej nerki, w 5 zaś tylko przypadkach rozmiary jej okazały się mniejsze niż normalnie, autor ten podkreśla, że w 25 z pośród tych przypadków chodziło o schorzenie nerki, przeważnie o toczącą się w niej przewlekłą sprawę zapalną lub wodonercze. Inni wspominają o tym, że pojedyńcza nerka posiadała niejednokrotnie rozmiary 2, a nawet 3-krotnie większe niż normalnie, że niekiedy można było w niej wykazać zachowaną budowę płatową, a często zmiany patologiczne: kamicę nerkową lub moczowodową, przewlekłe zmiany zapalne, przeważnie o charakterze zapalenia śródmiąższowego, bądź proces marski, zwyrodnienie torbielowate, wreszcie wodo- lub roponercze. Przyczyną wodonercza przeważnie, bo w 16 przypadkach, była kamica moczowodowa lub nerkowa. Stwierdzono również obecność wodonercza w późniejszych przypadkach *Guta* i *Boströma.* W przypadku *Thevenata* chodziło o gruźlicze roponercze pojedyńczej nerki. Z pośród 4 tego rodzaju przypadków spostrzeganych przez *Kümmela* w jednym chodziło o zapalenie miedniczki nerkowej, w innych o roponercze, kamicę powikłaną roponerczem i raka nerki.

Naturalnie, zarówno przy zatkaniu światła moczowodu przez kamień, jak i przy wytworzeniu się na skutek zagięcia moczowodu, zaciśnięcia jego światła przez znaczne powiększenie się rozmiarów torbieli zamkniętego wodonercza, musi przyjść w tych przypadkach do bezmoczu i śmierci z powodu mocznicy. Nie zawsze niestety udaje się przy pomocy cewnika moczowodowego odpuścić mocz, zalegający w miedniczce i dzięki temu utrzymać chorego przy życiu, jak to miało miejsce w przypadku *Heymanna,* w którym odpuszczenie 225 cm^3 moczu przywróciło normalną czynność nerki. W przypadku tym wszakże, w którym sam autor tłumaczy powstanie bezmoczu spastycznym skurczem naczyń, chodziło prawdopodobnie o nagle powstałe ostre wodonercze, skoro następowa pyelografia miała wykazać zupełnie prawidłowe rozmiary miedniczki.

Bezmocz w naszym przypadku należy uważać za końcowe zejście kamicy, która doprowadziła do powstania olbrzymiego wodonercza jednej nerki. Nie mieliśmy właściwie do czynienia, jak to się najczęściej w tego rodzaju przypadkach zdarza, z zatkaniem światła moczowodu przez kamień. Duży płaski kamień znajdował się u naszej chorej w świetle znacznie rozsze-

rzonej miedniczki i tylko siłą ciężkości, okresowo, przesuwając się, w ostatnich czasach, zwłaszcza przy zmianie pozycji chorej, mógł przykrywać ujście moczowodu. Przyczyną kilkakrotnie w ciągu pobytu chorej w szpitalu spostrzeganego bezmoczu mogło być prawdopodobnie zagięcie światła moczowodu, powstałe wskutek powiększenia się rozmiarów torbieli, o czym świadczą kilkakrotne nieudane próby wprowadzenia cewnika moczowodowego do miedniczki. Spostrzegane w przerwach między okresami bezmoczu skąpe moczenie świadczyłoby o tym, że nawet mimo przeforsowania przeszkody przez płyn nagromadzony w torbieli pod nadmiernym ciśnieniem, rozszerzona do olbrzymich rozmiarów zwiotczała miedniczka nerkowa nie była w stanie opróżnić zawartości torbieli, odciążając dzięki temu skąpe resztki miąższu nerkowego, umożliwiając mu pracę i odwlekając jeszcze na czas pewien nieuniknione zejście z powodu mocznicy.

Niezwykły ten preparat w całości ofiarowaliśmy Muzeum Anatomicznemu Zakładu Anatomii Patologicznej U. J., nie możemy więc opisać dokładnie, jak przedstawiał się makroskopowo, ani też jakie wykazywał zmiany mikroskopowe utrzymany, widoczny na powierzchni wodonercza, niewielki tylko skrawek kory nerkowej.

Sam przypadek nasuwa jeszcze pewne refleksje. W żadnym innym bodaj przypadku nie może znaleść ściślejszego, głębiej uzasadnionego zastosowania zwrot *Legueu*, że bezmocz występuje u osobnika, który żył do wczoraj dzięki pracy jednej tylko nerki. Dziwić się tylko w naszym przypadku wypada temu, co dziwi też *Caspra* w przypadkach wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek, jak długo mimo istnienia tak znacznych zmian anatomicznych w nerce chory może nie odczuwać dolegliwości, jak długo ustrój pozostawać może w chwiejnej równowadze, jak mało miąższu nerkowego potrzebuje człowiek do życia.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Ballowitz:* Über angeborenen, einseitigen, vollkommenen Nierenmangel. Virchows Archiv — T. 141, 1895, 2. *Böstrem:* Beiträge zur pathologische Anatomie der Nieren, H. 1, 1884, 3. *Gruber u. Bing:* Über Nierenmangel, Nierenkleinheit, Nierenvergrösserung und Nierenvermehrung. Zeitschr. f. urolog. Chirurg. Bd 7, 1924, 4. *Heymann:* Anurie bei angeborener Einzelniere. Zeitschr. f. urolog. Chirurgie, Bd 9, 1922, 5. *Holzapfel:* Ein merkwürdiger Fall von Nierenschwund. Dtsch. med. Wochenschr., 25, 1924, 6. *Kümmel:* Das spätere Schicksal der Nephrectomierten. Zeitschr. f. urologische Chirurgie, Bd 1, 1913, 7. *Liek:* Nephrektomie bei Aplasie der zweiten Niere. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie, Bd 177, 1923, 8. *Stutrin u. Libowitz:* Zur kongenitalen Nierenatrophie. Zeitschr. f. Urologie, Bd 20, 1926.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein Fall von riesiger Hydronephrose einer Niere und cystischer Degeneration der anderen, nicht entwickelten Niere

v.

Dr P. Hornicki (Kraków).

Bei einer 26-jährigen Frau, die unter urämischen Erscheinungen gestorben war, stellte man folgenden Sektionsbefund fest: rechtseitige riesige Hydronephrose, die durch einen Harnleiterstein und eine Harnleiterknickung verursacht wurde; die linke Niere war dabei sehr klein und restlos polycystisch degeneriert.

Z Oddziału chirurgicznego szpitala im. Prez. I. Mościckiego w Łodzi.
Ordynator prof. *W. Tomaszewicz.*

Trzy przypadki nerki podkowiastej

podał

Dr A. Kleszczelski.

Przyp. 1. C. J., chłopiec lat 11. Przed dwoma laty przechodził błonicę, poza tym nie chorował. Podczas zabawy w szkole koledzy podrzucali go do góry, a w pewnym momencie puścili, tak iż upadł płasko brzuchem na podłogę. Tuż po wypadku poczuł silne bóle brzucha, szczególnie w okolicy pępka, po czym dołączyły się wymioty. W trzy godziny po wypadku chory znalazł się w szpitalu. Blady, wciąż wymiotuje, narzeka na bóle brzucha, niespokojny.

Prawidłowej i mocnej budowy, odpowiedniego wzrostu i stanu odżywienia. Brzuch wzdęty, widoczna siateczka rozszerzonych naczyń żylnych na skórze podbrzusza. Stwierdza się silne napięcie powłok brzusznych i rozlaną bolesność. Objaw Blumberga dodatni, okolica lędźwiowa prawa bardzo tkliwa. Badaniem przez kiszkę stolcową nie stwierdza się nic szczególnego. Serce, płuca b. z. Ciepłota 36,7°, tętno 126 na minutę, miękkie. Mocz przejrzysty, barwy słomkowej. Przystąpiliśmy do operacji.

W uśpieniu eterowym, cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną. Poprzez ranę uwypukla się tylna otrzewna ścienna podbiegnięta krwią i uniesiona miejscami w postaci poduszeczek konsystencji galarety. Jelit w ranie nie widać. Podczas kontroli jamy brzusznej stwierdza się guz pozaotrzewnowy konsystencji miękkiej, zajmujący całą prawą stronę jamy brzusznej, sięgający ku górze powyżej odejścia krezki poprzecznicy, ku dołowi do miednicy małej, opierający się przyśrodkowym brzegiem o kręgosłup. Po lewej stronie kręgosłupa, na wysokości pępka, wyczuwa się guz pozaotrzewnowy, wielkości małej pięści, konsystencji elastycznej, który za pomocą dość szerokiego krótkiego pasma, biegnącego przed kręgosłupem łączy się z opisanym guzem po stronie prawej. Wątroba, woreczek żółciowy, śledziona b. z..

Nacięto otrzewnę tylną nad guzem po prawej stronie; wydziela się duża ilość krwistej cieczy. Poprzez obrzęk orientacja trudna; kilkakrotnie nacięto cienkie ścianki wielokomorowej torbieli, z której wylewa się krwisto podbarwiona wodnista ciecz. Upewniliśmy się, że mamy do czynienia z nerką podkowiastą, której prawe ramię przedstawia pęknięte wodonercze. Udało się wydzielić całe wodonercze aż do zespolenia z lewostronnym ramieniem nerki podkowiastej. Odszukano moczowód i naczynia, które podwiązano i przecięto. Uprzednio przekonano się o istnieniu niezależnego moczowodu dla miedniczki lewej. Przecięto mostek — krwawienie nieznaczne; ranę mostka łącznotkankowego zaopatrzono kilkoma szwami. Wodonercze usunięto. Założono sączek wyprowadzając go ku tyłowi w okolicy lędźwiowej. Peritonizacja, warstwowy szew powłok. Transfuzja 200 cm³ krwi.

W przeciągu pierwszych dwóch dni po zabiegu chory zamroczony, bardzo niespokojny, kontaktu z nim nie udaje się nawiązać. Ciepłota normalna, tętno 110, moczu nie oddaje. Mocznika we krwi 118 mgr. Upust krwi, wlewy dożylne i kroplówki z glukozy. Stan poprawia się stopniowo i chory po 6-tygodniowym pobycie opuszcza szpital w stanie dobrym. W międzyczasie dokonano urografii przy pomocy dożylnej iniekcji 10 cm³ uroselektanu.

Bardzo słabo zaznaczony cień nerki po stronie lewej tuż przy kręgosłupie; na wysokości L 3. wysycony cień kształtu i wielkości migdała (miedniczka nerkowa), zaznaczony również cień moczowodu.

Przyp. 2. O. C. Ks. Pref. lat 29. Przed dwoma laty appendectomia. Obecna choroba rozpoczęła się na początku czerwca 1936 r. bólami napadowymi w okolicy lędźwiowej prawej i podbrzusza, promieniującymi do pęcherza moczowego. Bóle trwały niekiedy po kilkanaście godzin, napadom towarzyszyły nudności, wymioty, często dreszcze z ciepłotą do 39°. Stwierdzono wówczas kamicę nerkową. W stanie poprawy chory wyjechał do Truskawca na kurację. Po powrocie czuł się nieźle. Nagle 5.X wystąpiły silne bóle w okolicy prawego podbrzusza, wymioty, dreszcze. W 3. dniu choroby został przewieziony na nasz oddział.

Ciepłota 38,8°, tętno 102. W okolicy prawego podbrzusza stwierdza się guz wielkości dużej pomarańczy, bardzo bolesny na dotyk, o powierzchni gładkiej; wypuk nad guzem stłumiony. Guz nieruchomy. Okolica lędźwiowa prawa b. tkliwa. Objaw Blumberga dodatni. Narządy klatki piersiowej b. z. Zdjęcia rtg. z czerwca nasunęły już podejrzenie nerki podkowiastej: po stronie prawej górny biegun nerki leży na wysokości wyrostka poprzecznego L 3, górny biegun lewej — na wysokości L 5. Na prawą nerkę rzutuje się cień uwapniony wielkości orzecha laskowego. Zdjęcie uroselektanowe: po stronie prawej kielichy rozszerzone, skierowane częściowo w stronę kręgosłupa, miedniczka rzutuje się na środek nerki. Opisany wyżej cień uwapniony poniżej miedniczki. Na tle górnego odcinka kości krzyżowej zaznaczony płyn kontrastowy w małej ilości w postaci plamek. Badanie przeprowadzone obecnie wskazuje na ciężki stan chorego: mocz mętny, białka 1,5‰, leuk. zalegają pole widzenia, erytr. dobrze zachowane pojed. Mocznika we krwi 51 mgr. Cystoskopia: bł. śluz. pęcherza b. z., z prawego ujścia wydobywa się ropa wężykowato, jak pasta z tubki. Barwnik wydziela się z lewego ujścia po 4-ech min. Próżne zdjęcie rtg. nie różni się od poprzedniego, natomiast płyn kontrastowy nie wydzielił się po stronie prawej, po lewej — jak przed tym.

Pyelografia wstępująca lewostronna: na wysokości 10 cm od ujścia moczowodu natrafiono na opór. Po wstrzyknięciu 5 cm^3 płynu kontr. (25% NaBr) chory poczuł ból w okolicy lewego podbrzusza.

Zdjęcie: od miejsca zatrzymania się cewnika na dolnym odcinku kości krzyżowej moczowód zagina się pod kątem prostym w stronę prawą rozszerzając się stopniowo, po czym zagina się ku górze, przechodząc w miedniczkę o niewyraźnych zarysach, jak na zdjęciu uroselektanowym w postaci kilku plamek (kielichy). Jakiejkolwiek łączności z cieniem nerki prawej nie daje się stwierdzić.

R o z p o z n a n i e: nerka podkowiasta, asymetryczna z roponerczem na tle kamicy po stronie prawej. Absolutne wskazanie do interwencji chirurgicznej.

Z a b i e g: Uśpienie eterowe; cięcie skośne pozaotrzewnowe przednie po stronie prawej. Nerka wmurowana, torebki tłuszczowej nie widać. Nerkę udaje się jednak zmobilizować. Na przedniej powierzchni widać przebiegające z góry naczynia krwionośne, które zaginają się w kierunku brzegu przyśrodkowego, gubiąc się w miejscu, gdzie stwierdzamy miedniczkę nerkową skierowaną ku przodowi: moczowód gruby, twardy. W moczowodzie konkrement. Dolny biegun nerki łukowato zagiętej przechodzi bezpośrednio w dolny biegun nerki lewej, tworząc łuk rozwarty ku górze i nieco w lewo. Podwią-

zano i przecięto widoczne naczynia, jak również moczowód poniżej konkrementu. Na wysokości około 5 cm od najniższego punktu łuku po stronie prawej nerkę odcięto nożem diatermicznym. Obfite krwawienie ustało po krótkotrwałej tamponadzie. Pozostawiając sączki ranę zaszyto.

Chory poprawia się szybko, stan lekko podgorączkowy, ilość mocznika zmniejsza się do 35 mgr, moczu oddaje do 800 cm^3 na dobę, mocz mętny, zawiera do 40 leuk. w polu widzenia i pojed. czerwone ciałka; białka 0,1‰. Z rany wydziela się sporo ropiastej cieczy.

W 4-tym tygodniu po zabiegu ilość moczu wybitnie zmniejsza się, natomiast mocz wydala się przez ranę operacyjną. Po miesiącu przetoka zagoiła się. Chory opuścił szpital w dobrym stanie. Urografia kontrolna: lewa strona jak poprzednio, brak cienia nerki po prawej stronie.

Przyp. 3. Ch. A., kobieta lat 34. 8.I.36 poronienie. Od tego czasu częste bóle w okolicy pępka, występujące również w nocy w postaci kłucia, potęgujące się po obfitym posiłku i podczas cięższej fizycznej pracy. Stan ogólny chorej dobry. Poprzez wiotkie powłoki brzuszne wyczuwa się po stronie prawej na wysokości pępka guz wielkości pięści o powierzchni nierównej, konsystencji elastycznej, mało ruchomy, tkliwy. Dolny biegun guza za pomocą pasma bardzo wrażliwego na ucisk, szczególnie przed kręgosłupem, łączy się z guzem po lewej stronie, nieco mniejszym, o tych samych cechach co guz po stronie prawej. Nasuwa się podejrzenie nerki podkowiastej. Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza b. z., barwnik wydziela się po 3-ch minutach obustronnie. Urografia dożylna: górny biegun lewej nerki na wysokości L 3, dolny na wysokości L 5. Nieregularny zarys miedniczki i kielichów szeroko rozstawionych, skierowanych w stronę kręgosłupa. Po prawej stronie obraz mniej wyraźny, podobny jednak do lewostronnego. Moczowody krótkie przebiegają prawie równolegle do kręgosłupa. Wypełniono miedniczkę prawą od dołu: górny biegun nerki na wysokości L 3, cień kontrastowy rozlewa się nieregularnie na tle całego kręgu L 5 i L 4. Rozpoznanie: nerka podkowiasta. Dodatkowe badania przewodu pokarmowego i narządów rodnych nie wykazały zmian. 4.III 1936 r. z a b i e g: z cięcia pozaotrzewnowego po prawej stronie odsłonięto prawe ramię nerki podkowiastej. Nerka nieruchoma, nie dająca się należycie zmobilizować. Trudne ustalenie charakteru mostka łączącego; dolny biegun prawej nerki sięga poprzez kręgosłup. Ograniczono się do uwolnienia nerki z otaczających zrostów (débridement). 31.III chora została wypisana ze szpitala w stanie dobrym. Bóle całkowicie ustąpiły. Na podstawie zasięgniętych informacyj po dziś dzień (upłynął rok) chora czuje się dobrze.

W przeciągu 7 lat istnienia naszego oddziału dokonano około 200-u operacyj nerkowych, w tym 3 (1½%) stanowiły przypadki nerki podkowiastej. Odpowiadałoby to mniej więcej statystycznym danym innych klinik. *Botez* podaje 1 przyp. n. podk. na 143 operacje, *Mayo* obserwował 12 przyp. wśród 649 operacyj nerkowych, *Izrael* 5 wśród 800. Obecnie coraz częściej spotykamy się z przypadkami podkowiastej nerki, najprawdopodobniej przyczynia się do tego lepsza technika rozpoznawcza. Natomiast rzadko stosunkowo spotykane są przypadki nerki podkowiastej na materiale sekcyjnym, bo mniej więcej 1 na 750 — 1000 sekcyj. Wynika z tego, że nerki podkowiaste znacznie częściej ulegają schorzeniu, aniżeli nerki normalne. Na swoim materiale sekcyjnym *Beyer* stwierdził w 42% rozmaite schorzenia nerki podkowiastej. Najczęstszym schorzeniem jest wodonercze, które stwier-

dza się przeważnie już we wczesnym wieku, jak w naszym pierwszym przypadku. W późniejszym obserwujemy częściej kamicę. Stosunkowo rzadką jest gruźlica. Częste schorzenia nerki podkowiastej mają zrozumiałe wytłumaczenie: nerka podk. przemieszczona ku przodowi przez kręgosłup i sąsiadujące tkanki miękkie, nisko ułożona, pozbawiona swojej naturalnej ochrony, nieprzesuwalna, prawie ustalona, więcej narażona jest na traumatyzację aniżeli nerka normalna. Miedniczka nerkowa i moczowody, jeszcze bardziej wysunięte ku przodowi, ulegają często uciśnięciu, co powoduje zaleganie moczu. Łatwiej więc o następowe schorzenia jak: hydronephrosis, calculosis, pyelitis, pyelonephritis, pyonephrosis. Z naszych 3-ch przyp. tylko w jednym (trzecim) operacja została dokonana na skutek zespołu objawów spowodowanych przez nerkę podkowiastą, jako taką: bóle brzucha, potęgujące się podczas pracy i po obfitych posiłkach, pulsacje tętnic brzusznych, zaburzenia perystaltyki. Wszystkie te przykre dolegliwości mogą być spowodowane przez stały ucisk na splot współczulny i na naczynia. Débridement prawego ramienia wystarczyło aby uwolnić cierpiącą od dolegliwości. Kilka przypadków takiego postępowania podali ostatnio francuscy autorzy.

W pozostałych dwóch przypadkach przyczyną interwencji chirurgicznej były wtórne schorzenia. W przypadku 1-ym, dla którego nie znaleźliśmy w literaturze odpowiednika, wodonercze prawego ramienia nerki podkowiastej u zdrowego poza tym, dobrze zbudowanego chłopca 11-letniego, nigdy przed tym nie narzekającego na jakiekolwiek dolegliwości. Dopiero po urazie, który spowodował pęknięcie wodonercza, wystąpiły burzliwe objawy, które zmusiły nas do szybkiej interwencji. Przypadek rozpoznano podczas zabiegu. Siateczka rozszerzonych naczyń w skórze podbrzusza mogła być spowodowana uciskiem na żyłę próżną.

W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z roponerczem prawego ramienia n. podkowiastej na tle uwięźniętego w moczowodzie kamienia. Mając na względzie wszelkie możliwości w układzie miedniczek i kielichów, tym bardziej że warunki anatomiczne naszego przypadku nie zostały całkowicie wyświetlone, prawe ramię odcięto powyżej części nerki, która mogła imponować jako mostek łączący. Pomimo to w 4-tym tygodniu po zabiegu wytworzyła się przetoka moczowa przy minimalnej ilości moczu wydalanego per vias naturales. Należy przypuścić, że przez samą sprawę zapalną, może ropień nerkowy, nastąpiło przebicie do któregoś z kielichów lub miedniczki nerkowej pozostałego lewego ramienia.

PIŚMIENNICTWO.

Entwicklungsstörungen der Nieren, Harnleiter u. der Harnblase (*Georg B. Gruber* — Handbuch der Urologie), Klinik der Missbildungen der Harn- u. Geschlechtsorgane (*Paul Frangenheim* — Handbuch der Urologie), *Wildbolz* (Lehrbuch der Urologie), Hufeisenniere mit hydronephrotischer Dilatation rechts (Zeitschrift f. Urologie, 1935, z. 8), Hufeisenniere mit Beschwerden durch Druck der Verbindungsbrücke (Z. f. Urologie, 1935, z. 9), Hufeisenniere mit Hydronephrose in der rechten Hälfte (Z. f. Urol., 1935, z. 9), Fünf Fälle von gekreuzter Nierendystopie (Z. f. Urol., 1935, z. 5), *Guillemin* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Teposu, Danicico, Bruda* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Zeiss* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Gaucher Corisa* i *T. Mara* (Madryt): 2 przypadki nerki zespolonej (Ze sprawozdania z 35-go franc. kongr. urolog.).

ZUSAMMENFASSUNG.

Drei Fälle von Hufeisenniere

v.

Dr A. Kleszczelski (Łódź).

Verfasser berichtet über 3 Fälle von Hufeisenniere bei einem Gesamtmaterial von 200 Nierenoperationen. In einem Fall handelte es sich um Druckbeschwerden bei einer 34-jährigen Frau die durch débridement des rechten Schenkels behoben wurden. Im zweiten — um eine durch Trauma erfolgte Ruptur einer Riesenhydronephrose im rechten Schenkel einer Hufeisenniere bei einem 10-j. Knaben. Extirpation des geplatzten Sackes durch Laparatomie brachte Heilung. Im dritten Fall handelte es sich um einen rechtsseitig eingeklemmten Uretherstein mit Pyonephrose bei einem 29 Jahre alten Manne. Heilung durch Nephrectomie. In der vierten Woche nach der Operation entwickelt sich eine harnsezernierende Fistel die sich im Laufe der nächsten Wochen schliesst. Verfasser glaubt an die Möglichkeit eines Nierenabscesses, der das Nierenbecken oder einen Kelch des linken Schenkels arodiert hat.

TECHNIKA OPERACYJNA

Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych.

Nowe metody operacyjne [1])

podał

Dr Michałek-Grodzki (Warszawa).

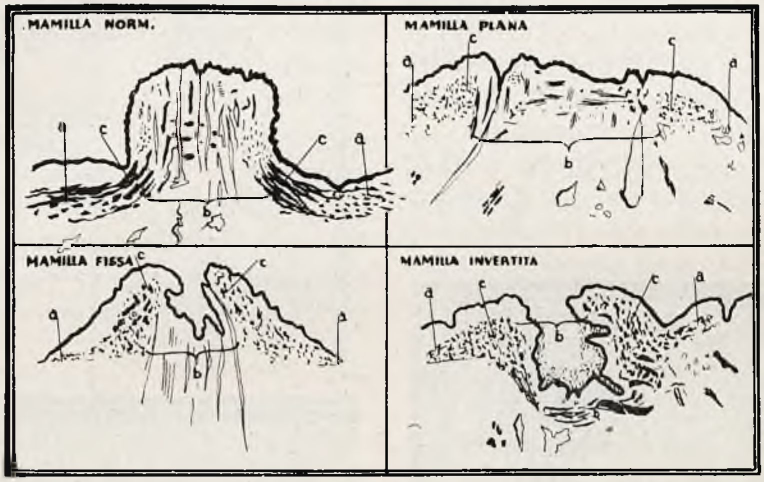
Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych utrudniają i często uniemożliwiają ważną ich funkcję. Zniekształcenia powstają częściowo z powodu zaburzeń w życiu embrionalnym, powodując u człowieka defekty, które u zwierząt stanowią stan normalny (mamilla fissa krowy i kozy, mamilla invertita kangura) — częściowo powstają one w życiu późniejszym wskutek urazów mechanicznych jak np. ucisku nieodpowiedniego ubrania oraz zwiotczenia piersi (mamilla plana) lub okaleczeń i całkowitego lub częściowego zniszczenia (athelia), do czego przyczynić się mogą również nieudane operacje plastyczne.

Pod względem budowy anatomicznej w grę wchodzą przede wszystkim mięśnie gładkie. Tworzą one w obwódce cienką blaszkę (rys. 1a) z otworem różnej wielkości (b). Nad blaszką znajduje się pierścień mięśniowy różnej grubości (c), łączący mięśnie blaszki z włóknami brodawki.

Widzimy, że otwór w blaszce mięśniowej jest bardzo wielki u brodawki płaskiej (rys. 2b — mamilla plana), gdzie stwierdzić można wyraźnie jego rozszerzenie, — wąski natomiast u brodawki rozszczepionej i wklęsłej (mamilla fissa et invertita).

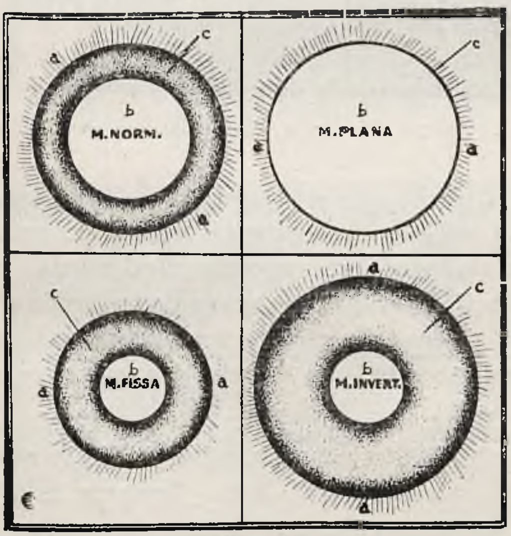
[1]) Referat wygłoszony na posiedzeniu Tow. Chirurgów Francuskich w Paryżu dnia 19.VI 36.

Pierścień mięśniowy otaczający otwór (c) jest zanikowy u brodawek płaskich, przerosły natomiast u brodawek rozszczepionych i wklęsłych, gdzie zachodzi zwężenie (rys. 2).

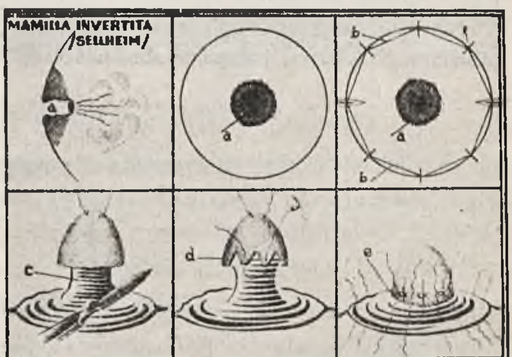


Rys. 1.

Istnieją operacyjne metody rekonstrukcji brodawek wklęsłych, podane przez *Kehrera, Bascha* i *Sellheima*. *Kehrer* operował w r. 1887 cztery przypadki brodawki wklęsłej za pomocą szerokiego wycięcia całej obwódki i zeszycia brodawki ze skórą. Wyniki tych operacyj były nikłe, choć ciekawe o tyle, że jednak w jednym przypadku umożliwiły wysunięcie brodawki do poziomu skóry i prawie normalne karmienie. Operacje nie przerwały ciąży i w jednym przypadku spowodowały utworzenie się nowej i ściągliwej obwódki. Nieprzerwanie ciąży jest o tyle zastanawiające, że wycięcie obwódki wykonane było w dwu przypadkach w 4. i 6. miesiącu ciąży. Regeneracja obwódki nastąpiła w jednym wypadku po całkowitym jej wycięciu.



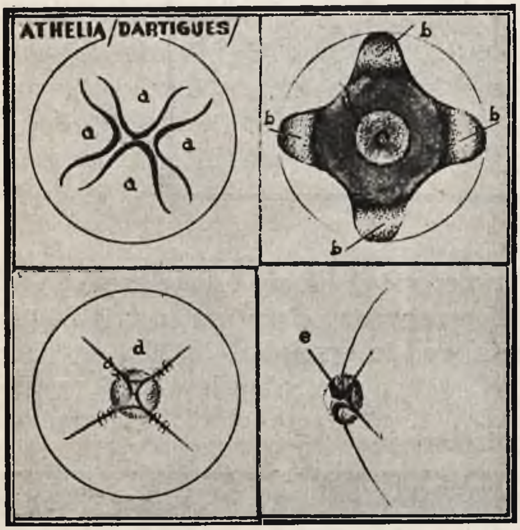
Rys. 2.



Rys. 3.

Metoda *Sellheima* ogłoszona w 1917 r. dotycząca operacji brodawki wklęsłej, zasługuje na wyróżnienie i jaknajszersze rozpowszechnienie. Z rys. 3 widać, że sto-

żek brodawki (a) zmienił się na głęboki, wklęsły lejek, na dnie którego znajdują się ujścia kanałów pokarmowych brodawki. Wydobycie brodawki z głębi i utrzymanie jej na powierzchni wykonywa się w następujący sposób: Obwódkę (b) obcina się równo, tworząc ośmiokąt, następnie wyciąga się brodawkę z głębi i przytrzymuje ją na powierzchni jednym szwem, zluźniając podstawę jej pionowymi i okrężnymi cięciami (c). Wreszcie wycina się na brzegu daszka trójkąty (d), by zmniejszyć



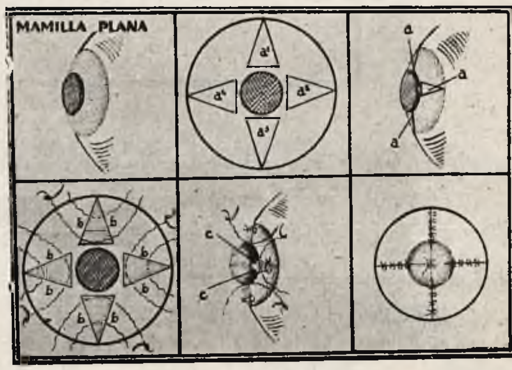
Rys. 4.

jego obwód. W końcu przyszywa się ściągnięty i zwężony u podstawy daszek brodawki — podobnej w tym stadium do grzybka — do otaczającej skóry (e).

Znana jest również metoda plastyczna rekonstrukcji brodawki podana przez *Dartiguesa* (rys. 4). Polega ona na wycięciu w miejscu przyczepu przyszłej brodawki 4 płatów skórnych (a), zluźnieniu tych płatów i odsunięciu ich na zewnątrz (b) oraz utworzeniu z tkanki łącznej za pomocą szwu kapciuchowego guza środkowego (c), nad którym zeszywa się znów 4 płaty poprzednio zluźnione i odsunięte (d). W profilu daje to wzniesienie (e), podobne do brodawki.

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem operacyj plastycznych, zmierzających do rekonstrukcji brodawek płaskich, rozszczepionych i zupełnego braku brodawek. Poniżej podaję opracowane przeze mnie metody:

1) B r o d a w k a p ł a s k a (mamilla plana). Cechą jej jest zanik włókien mięśniowych, brak pierścienia mięśniowego i rozszerzenie otworu w blaszce mięśniowej obwódki. Brodawka jest szeroka, niska i płaska. Dziecko nie może uchwycić takiej brodawki podczas karmienia.

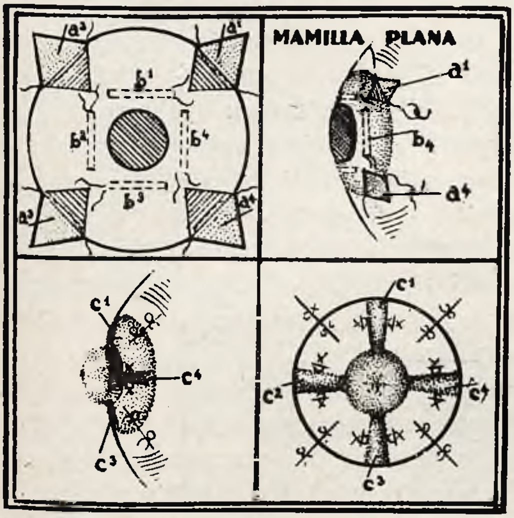


Rys. 5.

Zadanie operacji polega na: 1) ściągnięciu włókien mięśniowych obwódki, przez co następuje ich wzmocnienie i zmniejszenie się obwódki, 2) wysunięciu brodawki ku górze i utrzymaniu w nowej pozycji celem umożliwienia dziecku jej uchwycenia.

M e t o d a p i e r w s z a (rys. 5). Z obwódki wycina się cztery trójkąty równej wielkości (a1—a4). Zeszycie boków (bb) następuje sposobem uwidocznionym na rysunku. Trzeci bok (c) wysuwa się ku brodawce, włączając część wewnętrzną obwódki do brodawki. Brodawka staje się tym sposobem wyższa i większa kosztem obwódki, która się zmniejsza.

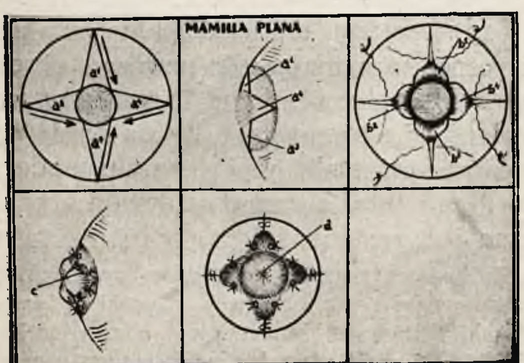
M e t o d a d r u g a (rys. 6). Z brzegów obwódki wycina się cztery małe prostokąty (a1 — a4) i zakłada się cztery



Rys. 6.

szwy materacowe z małych nacięć (b1 — b4). Po zeszyciu czworokątów i ściągnięciu szwów powstają w obwódce cztery fałdy wypukłe, wspierające brodawkę (c1 — c4), brodawka wysuwa się z otaczającego poziomu ku górze, obwódka staje się mniejsza.

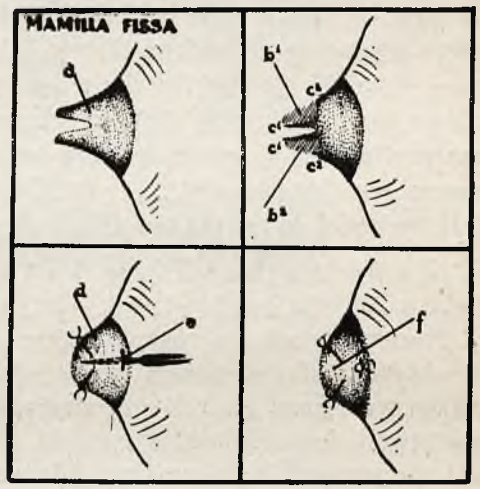
T r z e c i a m e t o d a (rys. 7) opiera się na przesunięciu płata skórnego we-



Rys. 7.

dług *Dieffenbacha*. W obwódce wycina i uruchamia się cztery płaty w kształcie łacińskiego V (a1—a4). Płaty te przesuwa się wolnym końcem ku brodawce, która ulega powiększeniu o ich objętość (b1—b4). Gdy się ściąga brzegi ran, mających teraz kształt łacińskiego Y, brodawka powiększa się kosztem obwódki, która ulega pomniejszeniu (c). Brodawka przybiera kształt czworokątny (d).

Przewodnią myślą tych metod jest odtworzenie drogą operacyjną procesu erekcji, polegającego, jak wiadomo, na wzniesieniu i powiększeniu się brodawki przez skurczenie się obwódki. Przy braku erekcji dziecko pomaga sobie samo, chwytając wraz z brodawką część lub całą obwódkę,



Rys. 8.

gdy brodawki samej uchwycić nie może. Pomoc karmiącej matki zduszającej dwoma palcami obwódkę wraz z brodawką dla wysunięcia i umożliwienia dziecku łatwiejszego uchwycenia jej, jest również bardzo charakterystyczna.

2) B r o d a w k a r o z s z c z e p i o n a (mamilla fissa). Zachodzą tu wręcz przeciwne warunki niż w brodawce płaskiej (rys. 8). Brodawka rozszczepiona jest nadmiernie długa (a), włókna mięśnia pierścieniowego są raczej przerosłe, otwór w blaszce mięśniowej bardzo wąski (p. rys. 1 i 2). Dziecko wkłada brodawkę za głęboko w usta, co drażni podniebienie,

wywołuje torsje i utrudnia prawidłowe połykanie pokarmu.

Zadanie operacji polega na skróceniu brodawki bez uszkodzenia kanałów pokarmowych, co zresztą jest zasadą wszystkich zabiegów na brodawce. Uniknąć uszkodzenia przewodów można przez cięcia płytkie, zwłaszcza w pobliżu brodawki. Technika zabiegu jest następująca: Z górnej i dolnej wargi brodawki wycina się kliny (b1 — b2) i zeszywa się następnie brzegi ubytków (c 1 i c 2). Efekt zabiegu jest natychmiastowy. Brodawka staje się niższa i zagłębienie znika (d). Gdyby i po tym skróceniu była za długa, wykonać można dodatkowo myotomię podskórną blaszki mięśniowej obwódki według *Bascha* z małego cięcia na brzegu obwódki (e), za pomocą cienkiego tenotomu, przez co brodawka spłaszcza się jeszcze więcej i przybiera kształt podobny do normalnej (f).

3) Z u p e ł n y b r a k b r o d a w k i (athelia). Kobieta bez brodawek jest kaleką. Ponieważ chodzi o rekonstrukcję całej brodawki, zadanie operacji jest trudne, jednakże wdzięczne nie tylko ze względów plastycznych, lecz również z powodu możności przywrócenia normalnej funkcji gruczołowi piersiowemu. Od przyczyn, które spowodowały defekt, wyrażający się w zupełnym braku brodawki i utraceniu przez kobietę zdolności karmienia, zależyć będą widoki osiągnięcia pomyślnych rezultatów plastycznych i czynnościowych.

We wrodzonym braku brodawek, przy utrzymanym gruczole piersiowym, spostrzegamy zwykle brak otworów pokarmowych; kanały same istnieją w mniejszych lub większych szczątkach w głębi. Również nabyte defekty całkowitego zniszczenia brodawek i kanałów pokarmowych pozwalają najczęściej odszukać w głębi gruczoł piersiowy, którego część położona najbliżej powierzchni pozwoli, po odpowiednim zluźnieniu, nawet częściowym odłuszczeniu, na wszczepienie do nowo tworzącej się brodawki. Jak poniżej w mojej metodzie opisałem, należy płatek tkanki gruczołu odłuszczyć, ułożyć w rodzaj rurki lub kanału i wszyć w skórę w miejscu brodawki. Tkanka ta zastąpi w przyszłości kanały odprowadzające pokarm na zewnątrz. Poszczególne zrazy gruczołu mlecznego są połączone ze sobą, więc nie ma powodu, skoro istnieje droga, by pokarm nie miał z jednego z nich sączyć się na zewnątrz, jak to się dokonywa samorzutnie w stanach patologicznych przy istniejących przetokach.

Biorąc pod uwagę bardzo silną tendencję regeneracyjną organizmu tej okolicy, należy przyjąć, że w sztucznej brodawce odnowią się nie tylko mięśnie gładkie obwódki i włókna elastyczne brodawki, lecz nawet zabarwienie z resztek włókien elastycznych oraz pigmentacji w pozostałych tkankach otaczających. Znany jest przecież przypadek *Kehrera*, w którym utworzyła się po wycięciu całej obwódki w krótkim czasie nowa obwódka, kurcząca się i zabarwiona. Przypadek ten w całości potwierdza także moje własne spostrzeżenie, które poniżej streszczam.

Przy wrodzonym braku brodawek odtworzyć trzeba brodawkę z normalnej skóry zawierającej, jak wiadomo, włókna elastyczne, utrzymujące do pewnego okresu życia elastyczność skóry. Trudniejsze jest zadanie, jeśli odtworzyć trzeba brodawkę z blizny pozostałej po obumarciu brodawki, lecz i tutaj siła regeneracyjna organizmu jest zastanawiająca.

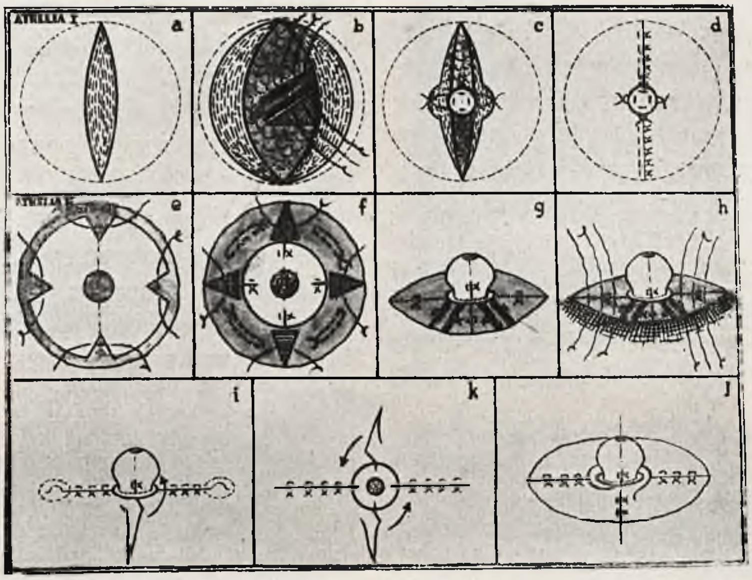
W jednym z moich przypadków operacyjnych odtworzyłem nową brodawkę nieomal z samej tkanki bliznowatej, pozostałej po obumarciu brodawki. W sześć niespełna miesięcy po operacji stwierdzić mogłem po podrażnieniu słabą, lecz widoczną erekcję. Pacjentka, osoba inteligentna, potwierdziła, iż od trzeciego miesiąca po operacji zaczęła odczuwać w brodawce sztucznej sensacje, zwłaszcza podczas periodu, tak dobrze znane jej z czasu, gdy miała jeszcze brodawkę nor-

malną. Określiła to w sposób charakterystyczny, mówiła mianowicie, że „brodawka zaczęła znów żyć”. Jeżeli się weźmie pod uwagę, że w miejscu odtworzonej brodawki znajdowała się prawie tylko tkanka zbliznowaciała, trzeba regenerację tę określić jako zastanawiającą.

Gdy należy odtworzyć brodawkę w skórze bliznowatej, trzeba wprzód bliznę usunąć i zeszyć ubytek lub pokryć normalną skórą za pomocą transplantacji z równoczesnym utworzeniem połączenia gruczołu mlecznego ze skórą, jak to powyżej podałem. Zabieg ten jednak może przedłużyć operację o jeden seans, mianowicie, jeśli chodzi o transplantację skóry z innego miejsca, co ze względu na dwa seanse właściwej operacji, wystawi cierpliwość lekarza i pacjenta na dłuższą próbę.

Podstawą mojego postępowania było dążenie do rekonstrukcji kształtu brodawki z odnowieniem jej funkcji. Odtworzenie samej brodawki nastąpić musi z tkanek najbardziej zbliżonych do niej pod względem budowy anatomicznej, więc ze skóry, tkanki podskórnej, elementów elastycznych i gruczołowych (kanałów pokarmowych lub ich części i tkanki gruczołowej).

Dlatego podzieliłem pracę swą na dwie części. Na seansie pierwszym (athelia I, rys. 9) odnowiłem połączenie pomiędzy gruczołem i zewnętrzną powłoką ciała, na drugim seansie (athelia II, rys. 9) przystąpiłem do odtworzenia samej brodawki. Metoda przedstawia się w szczegółach jak następuje (rys. 9):



Rys. 9.

W miejscu przyczepu brodawki, które należy dokładnie ustalić, nacina się skórę cięciem pionowym (a). Cięcie pogłębiamy i należycie rozszerzamy częściowo na tępo, częściowo na ostro, idąc w głąb, aż do samego gruczołu mlecznego. Jeśli nie odnajdujemy na tej drodze resztek kanałów pokarmowych, należy odtworzyć połączenie między gruczołem i skórą sposobem następującym:

(b) Z powierzchni najbliższego zrazu gruczołu piersiowego wycina się płat podłużny długości około 3 cm., szerokości około 2 cm. Odśrodkowy koniec tego płata odczepia się od podłoża, pozostawiając je-

go środkowe połączenie z gruczołem nienaruszone. Świeże brzegi tego płata zeszywa się natychmiast kilkoma szwami, tworząc tym sposobem przewód rurkowaty, pokryty zewnątrz nabłonkiem, a zawierający wewnątrz tkankę gruczołową, która przylega do siebie. Natychmiast należy zeszyć brzegi ubytku powstałego na powierzchni gruczołu, co jest konieczne ze względu na mogące powstać w tym miejscu zrosty. Następnie wszywa się wolny koniec przewodu rurkowatego w skórę (c) tak, aby brzegi przewodu nie wystawały ponad powierzchnię skóry. Jeśli się odnajduje resztki kanałów pokarmowych, to postępowanie jest znacznie łatwiejsze. Należy jedynie zluźnić kanały na tępo lub ostro pionowymi cięciami i wolny koniec ich wszyć w brzegi skóry. Po wszyciu kanałów lub przewodu rurkowatego w skórę, należy zmniejszyć kilkoma głębokimi szwami wytworzoną ranę, nie naruszając przy tym samego gruczołu i zeszyć cięcie szwami skórnymi, jak wskazano na rys. d.

Tym samym ukończona została praca najważniejsza, tj. odtworzenie połączenia pomiędzy gruczołem i przyszłą brodawką, umożliwiającego wydzielanie pokarmu. Pozostaje odtworzenie samej brodawki. Po zagojeniu i zabliźnieniu się ran, nie wcześniej niż po 4 tygodniach, przystępujemy do drugiego seansu (athelia II).

W odległości 3 cm od ujścia wszytych w skórę przewodu lub kanałów pokarmowych nacina się skórę (e) okrężnym cięciem. Wymiar poprzeczny koła wynosi około 6 cm. Z brzegu wewnętrznego wyciętego okrągłego płata wycina się 4 równe trójkąty, których ubytki natychmiast zeszywa się jednym lub kilkoma szwami. Obwód płata zmniejsza się o ilość wyciętych trójkątów i przesuwa się ku środkowi, unosząc się równocześnie nieco powyżej poziomu otaczającej skóry (f). Przestrzeń pomiędzy brzegami cięcia okrężnego rozszerza się tym sposobem do szerokości 2 cm.

W tej to okrągłej przestrzeni należy wykonać dalsze zabiegi, zmierzające do wysunięcia brodawki ku górze, mianowicie: 1) z tkanki tego obwodu wycina się cztery dalsze trójkąty, których brzegi zeszywa się natychmiast kilkoma szwami, co wysuwa centralną jego część, tj. przyszłą brodawkę znacznie ku górze, 2) poza tym zakłada się w przestrzeni pomiędzy trójkątami cztery szwy materacowe, chwytające szeroko tkankę podskórną. Po ściągnięciu ich wytwarzają się cztery wystające wałeczki z tkanki podskórnej, podpierające centralną część, tj. brodawkę i wysuwające ją jeszcze wyżej ponad powierzchnię (g).

Powstaje brodawka, złączona z podkładem, posiadająca przewód idący od gruczołu na zewnątrz i nie mająca tendencji wsuwania się pod skórę. Ranę naokoło brodawki zamyka się zeszywając skórę, tj. górny i dolny jej brzeg, po należytym ich zluźnieniu (h), szwami pionowymi, nie przyszywając jednak brodawki do skóry, aby nie spowodować zmniejszenia się jej przez kurczące się blizny. Dolny brzeg brodawki pozostaje jeszcze wolny. Powstające na końcach zewnętrznych poziomego cięcia skórnego nierówności wycinamy, aby utworzyć bliznę równą (i). Celem powiększenia skórnej powierzchni brodawki uruchamia się z góry i dołu dwa płaty skórne (k), które przyszywa się drobnymi szwami naokoło podstawy brodawki (szwy nie są na rysunku widoczne, jak również brakuje dwóch wałeczków podpierających brodawkę na rys. g).

Kontury obwódki naznaczyć można na skórze cięciem powierzchownym naokoło brodawki (l). Obwódkę tę można, jeśli tego wymagają względy kosmetyczne, po kilku tygodniach zatatuować odpowiednim barwnikiem.

Zasadą zabiegu jest wytworzenie brodawki jak największej, biorąc w rachubę naturalny proces jej kurczenia się podczas gojenia się ran. Niedługo po zgojeniu



Rys. 10.



Rys. 12.

się należy rozpocząć leczenie ortopedyczne, mianowicie masaż brodawki i częste nakładanie pompki ssącej dla spowodowania jej przekrwienia.

Zamieszczone przy końcu 4 fotografie przedstawiają przypadek, w którym powstało po plastycznej operacji biustu wykonanej przez innego chirurga, całkowite obumarcie brodawki prawej (athelia, rys. 10 i 11). Krzyżyki na rys. 11. oznaczają dawne miejsce przyczepu brodawek. Ciągnące poprzez oba sutki poprzeczne blizny, świadczą o mylnym obliczeniu cięć, które powinny były znajdować się w fałdzie podsutkowym.



Rys. 11.



Rys. 13.

Brodawka lewa znikła pod skórą i utworzyła lejek głębokości 3 cm. Nastąpiło to wskutek wadliwego „zawieszenia sutka na brodawce" (mamilla invertita).

Odtworzyłem brodawkę lewą sposobem *Sellhei-*

ma, prawą — moją metodą wyżej opisaną. Uzupełnić musiałem operację przesunięciem brodawek ku dołowi na właściwe ich miejsce t. zn. na szczyt zmodelowanych na nowo i znacznie zmniejszonych kulistych sutków. Wynik tej operacji przedstawiają rys. 12 (dwa tygodnie po operacji), oraz rys. 13 (cztery tygodnie po operacji).

STRESZCZENIE.

Karmienie noworodka piersią zdrowej matki jest najracjonalniejsze. Często jednak stoją na przeszkodzie zniekształcenia brodawek utrudniające lub wręcz uniemożliwiające prawidłowe odżywianie dziecka. Są to defekty bądź wrodzone, bądź nabyte jak: brodawki płaskie, niedorozwinięte (mamilla plana) brodawki cyckowe lub rozszczepione (pap. fissa), brodawki wklęsłe lub lejkowate (pap. invertita) oraz zupełny brak brodawek (athelia).

Nieliczne metody operacyjne dotąd opisane dotyczą brodawek wklęsłych, mianowicie metody *Kehrera, Bascha* i *Sellheima.*

Nowe sposoby operacyjne opracowane przez autora zmierzają do rekonstrukcji brodawek płaskich, rozszczepionych i całkowitego odtworzenia brodawek brakujących. Polegają one na powiększeniu, zmniejszeniu brodawek lub całkowitym ich odnowieniu z tkanek otaczających ujście kanałów pokarmowych gruczołu piersiowego.

PIŚMIENNICTWO.

Basch: Zur Anatomie u. Physiologie der Brustwarze, Arch. f. Gynäkologie, 44, T. I, 1893, *Sellheim:* Brustwarzenplastik bei Hohlwarzen, Zentralblatt f. Gynekologie 1919, Nr 13, *Dartigues:* Suggestion d'un procédé de refection d'un mamelon sur une surface cicatricielle consécutive à une nécrose du mamelon, Soc. Scientifique Française de Chirurgie Reparatrice, Plastique et Esthétique, Posiedzenie z dn. 1.V 1933, *Michałek-Grodzki:* Fautes techniques et dangers dans la chirurgie plastique du sein, Revue de Chirurgie Structive 1935, Nr 1.

RESUMÉ.

Nouvelles methodes opératoires dans le traitement de la déformation des mamelons

par

Dr Michałek - Grodzki (Varsovie).

A la suite de troubles dans la vie embryonnaire ou plus tard dans l'existence à la suite de causes mécaniques et traumatiques se forment des mamelons plats (mamilla plana) ou mamelons fendus (mamilla fissa), des mamelons creux (mamilla invertita) ou bien apparaît le manque complet de mamelons (athelia).

Ces vices de conformation entravent ou rendent impossible l'allaitement. Il existent des méthodes d'opérations pour remédier aux mamelons creux. Les mamelons plats (mamilla plana) peuvent être corrigés par le rétrecissement de l'aréole au moyen du resserement des fibres musculaires de l'aréole (3 méthodes).

Les mamelons fendus (mamilla fissa) sont raccourcis par une résection oblique et la myotomie souscutanée.

On peut remédier au manque complet (athelia) de mamelons par la réfection de la communication entre la glande mammaire avec la peau et la reconstruction du mamelon par la peau qui l'entoure et le tissu souscutané (deux séances).

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

W sprawie nastawiania złamań szyi kości udowej

podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu.

I.

O powodzeniu operacji zespolenia pozastawowego szyi kości udowej decyduje w pierwszym rzędzie nastawienie złamania. Możemy oczywiście wbić gwóźdź w każdym ustawieniu odłamków, ale zapewnić dobry wynik może tylko gwóźdź, wbity prawidłowo do dobrze nastawionych odłamków. Pod dobrym nastawieniem odłamków należy rozumieć albo anatomiczne nastawienie, albo, choć nieanatomiczne, lecz z dobrym stykiem i dobrą statyką.

Najlepszym nastawieniem, jak w każdym złamaniu, jest nastawienie anatomiczne, to też takie nastawienie powinno być *naczelną zasadą naszego postępowania,* tym bardziej że w większości przypadków jest to wykonalne. Jeżeli mamy do czynienia z złamaniami wklinowanymi w dobrym ustawieniu statycznym, nie tylko nie potrzebujemy nastawiać, ale wprost przeciwnie, musimy dbać o to, żeby nie rozklinować odłamków. Natomiast w razie przemieszczenia odłamków postępowanie nasze będzie różne, zależnie od przypadku.

Analiza przypadku opiera się przede wszystkim na rozpoznaniu postaci złamania. Aczkolwiek anatomia i mechanika złamań szyi kości udowej została opracowana od dawna i nie przedstawia punktów spornych, podział kliniczny tych złamań nie został ujednostajniony; mamy nawet ostatnio próby podziału opartego wyłącznie na przesłankach mechaniki z zupełnym pominięciem stosunków anatomicznych *(Pauwels).* Niemieccy autorzy wprowadzili podział złamań szyi k. udowej na *fr. colli fem. medialis* (złamanie szyi k. udowej przyśrodkowe, t. zn. jej części przyśrodkowej) i *fr. colli fem. lateralis* (złamanie szyi k. udowej boczne, t. zn. jej części bocznej). Założeniem tego podziału jest rozgraniczenie złamań śródstawowych (fr. medialis) i pozastawowych (fr. lateralis). Podział ten jest nie tylko ogólnikowy, ale wręcz nierealny, ponieważ trzecia część złamań szyi k. udowej to złamania skośne, których niepodobna zaliczyć ani do jednej ani do drugiej grupy. Terminologia ta powinna zniknąć zupełnie, ponieważ uogólnia sprawę, która z punktu widzenia lecznictwa chirurgicznego wymaga właśnie sprecyzowania.

Racjonalny podział kliniczny złamań szyi k. udowej, podobnie jak podział wszelkich złamań, powinien opierać się na zasadach anatomicznych. Dla mianownictwa chirurgicznego proponuję następujący podział (p. rys. 1.):

1. *fr. colli femoris subcapitalis — złamanie szyi k. udowej podgłówkowe.* Jest to złamanie, przebiegające tuż poniżej główki, poprzecznie lub *lekko* skośnie, o zazębionej powierzchni odłamków;

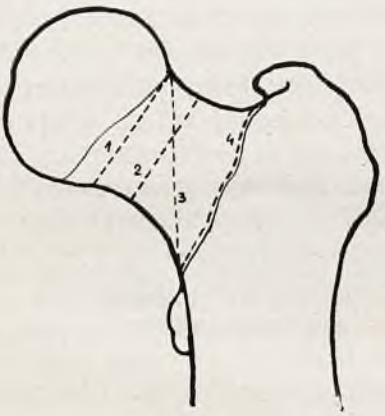
2. *fr. colli femoris transcervicalis — złamanie szyi k. udowej przezszyjkowe* o cechach podobnych do podgłówkowego, różniące się od poprzedniego tym tylko, że szpara złamania przebiega nieco niżej (bliżej podstawy szyi);

3. *fr. colli femoris obliqua* (według innej terminologii *(Matti)* fr. colli femoris partim intermedia) — *złamanie szyi k. udowej skośne.* Jest to złamanie spotykane w 25 — 30% wszystkich przypadków złamań szyi k. udowej.

Linia złamania przebiega w tej postaci

wybitnie skośnie, zawsze od góry i strony przyśrodkowej w dół ku stronie bocznej. Charakterystyczną cechą tej postaci złamania jest obecność dzioba, rzutującego się na obrazie rentgenowskim w obrębie łuku Adamsa. Ten dziób jest krótszy lub dłuższy, niekiedy sięga aż do krętarza mniejszego (p. niżej przyp. 18);

4. *fr. colli femoris intertrochanterica* — *złamanie szyi k. udowej międzykrętarzowe.* W czystej postaci szpara złamania przechodzi ściśle przez linię międzykrętarzową. Niekiedy linia złamania biegnie także przez niewielki odcinek krętarza wielkiego, innym razem schodzi w dół na krętarz mniejszy. W tych przypadkach złamanie międzykrętarzowe odróżniamy od przezkrętarzowego (ważne ze względu na wskazanie operacyjne — zespalanie złamań przezkrętarzowych jest przeciwwskazane) dopiero na zasadzie zdjęcia bocznego, na którym widać, że linia złamania przebiega poprzecznie, odpowiednio do podstawy szyi kości udowej (por. niżej przyp. 16).



Rys. 1.

T. zw. epifizjolizy szyi kości udowej nie zaliczam do złamań szyi, ponieważ jest to, ściśle biorąc, złamanie główki kości udowej [1]).

[1]) Przypadki epifizjolizy, spostrzegane w Instytucie, zostaną podane w osobnym opracowaniu.

Przemieszczenie odłamków: Podobnie jak w każdym złamaniu, tak samo w złamaniu szyi k. udowej spotykamy przypadki bez przemieszczenia odłamków lub z przemieszczeniem nieznacznym. Z punktu widzenia klinicysty poświęcimy uwagę 1) przypadkom bez przemieszczenia oraz 2) przypadkom t. zw. abdukcyjnego wklinowanego złamania szyi k. udowej, ponieważ są to przypadki, gdzie: ad 1) nie ma potrzeby nastawiania, dlatego że nie ma przemieszczenia, ad 2) nie ma potrzeby nastawiania dlatego, że nastawianie byłoby połączone ze szkodliwym rozklinowaniem odłamków.

O złamaniach bez przemieszczenia nie ma potrzeby się rozwodzić; pisano o tym ostatnio sporo (fractura latens). Objawy są początkowo niewielkie; w przypadkach nieleczonych odłamki mogą ulec wtórnie przemieszczeniu.

W grupie złamań przezszyjkowych spotykamy często t. zw. złamania abdukcyjne z wklinowaniem (przyp. 2 i 19). Wyodrębnienie tej postaci złamania przezszyjkowego jest zasługą *Böhlera.* Jeśli chodzi o mechanizm, jest to złamanie ze zgięcia, najczęściej niezupełne (mechanizm zgiętej na kolanie laski drewnianej). Według moich spostrzeżeń złamanie to występuje zazwyczaj u osób z coxa valga, które z tego właśnie względu trudno ulegają innym postaciom złamania szyi kości udowej. Do złamania szyi k. udowej usposabiają dwa czynniki — szpotawość i zmiany wsteczne kości; u osób z coxa valga w grę wchodzi tylko jeden czynnik — drugi.

O tej postaci złamania pisał obszernie *Gruca* (Chirurg Polski 3/37), twierdząc, że w tym złamaniu „ustawienie odłamków w pozycji koślawej i wklinowanie szyjki w główkę jest następstwem zadziałania czynników wtórnych w drugim okresie urazu na główkę odłamaną poprzednio w sposób typowy". Twierdzenie swe opiera *Gruca* głównie na analizie przebiegu linii złamania, która jest identyczna w przypadkach złamań „abdukcyjnych" i „addukcyjnych". Zapewne, że kierunek

linii złamania zależy w znacznym stopniu od mechanizmu złamania, ale przyczyny charaktery stycznego — koślawego *ustawienia* odłamków oraz ich wklinowania należy szukać w złamaniu abdukcyjnym w tym, że jest to złamanie niezupełne — nadłamanie z wklinowaniem w miejscu kompresji odłamków.

W przypadkach złamań zupełnych przezszyjkowych regułą jest przemieszczenie, a nawet w przypadkach z nieznacznym przemieszczeniem dochodzi łatwo do wtórnego przemieszczenia pod wpływem niewielkich dodatkowych urazów, np. przenoszenia chorego. W złamaniu abdukcyjnym przemieszczenie może wystąpić w świeżych przypadkach dopiero pod wpływem brutalnego czynnika wtórnego, a w zastarzałych nieleczonych dopiero po upływie kilku tygodni, gdy dojdzie do resorbcji odłamków (spostrzeżenie własne). Przyjęcie tezy *Grucy* — najpierw złamanie typowe addukcyjne, po tym dopiero przez dodatkowy czynnik wtórny zmiana ustawienia na abdukcyjne z wklinowaniem — przeczy temu, co spostrzegamy we wszelkich złamaniach. Właśnie odwrotnie, złamanie wklinowane ulega nieraz rozklinowaniu, ale samoistnej zmiany przemieszczonych złamań na wklinowane nie spotykamy. Byłby to niewytłumaczony zbieg okoliczności, spotykany w 20% złamań szyjki.

Pogląd o niezupełnym złamaniu szyjki k. udowej nie jest nowy, wypowiada go w swej publikacji *Johansson*, nawet w przypadku 35, który *Gruca* cytuje dla poparcia swego twierdzenia.

W złamaniu przezszyjkowym abdukcyjnym przemieszczeń w rzucie bocznym nie spotykamy, najwyżej niewielkie skrzywienie osi, które odpowiada kompresji wklinowanego odłamka, natomiast w zupełnym złamaniu przezszyjkowym przemieszczenie boczne występuje prawie zawsze, często nawet o całą szerokość powierzchni złamania. Znów tylko przez wyjątkowy zbieg okoliczności czynnik wtórny mógłby wyrównać przemieszczenie w obu płaszczyznach. Za pierwotnym abdukcyjnym ustawieniem przemawia typowy obraz kliniczny, a szczególnie radiologiczny. Wszystko w tym złamaniu da się wytłumaczyć jedynie mechanizmem niezupełnego złamania ze zgięcia przez abdukcję, tak samo jak w lasce drewnianej: nadłamana w miejscu prostym ulegnie skrzywieniu, a nadłamana w miejscu krzywym w kierunku odwrotnym do skrzywienia wyprostuje się i będzie jeszcze nawet służyć do podpierania.

II.

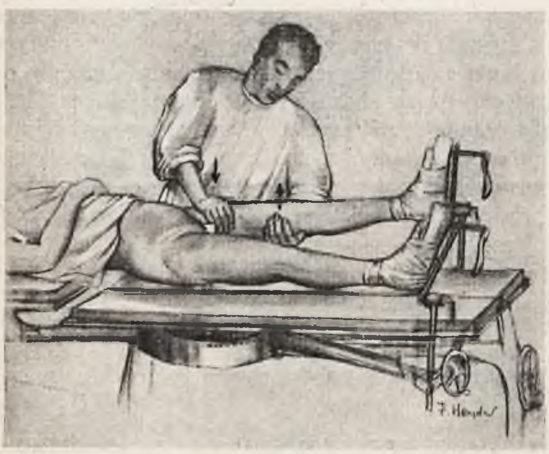
Nie mogąc ze względów technicznych przedstawić w ramach obecnej pracy zdjęć wszystkich leczonych przez nas operacyjnie przypadków (ponad 150), ograniczam się do podania serii *wszystkich* przypadków złamania szyi kości udowej, leczonych ostatnio w ciągu 3 miesięcy w Instytucie. Seria ta (22 przypadki) jest skrótem całości — są tu reprezentowane wszystkie typy złamania i przykłady sposobów nastawiania.

Do I-szej postaci (zł. podgłówkowe) należą przypadki: 4, 5, 6, 8, 10, 11, 17, 22. Do II postaci (zł. przezszyjkowe) przypadki: 2, 12, 13, 19, 20. Do III postaci (zł. skośne) przypadki: 1, 3, 9, 14, 15, 18. Do IV (zł. międzykrętarzowe) przypadki: 7 i 16. Przyp. 21 — staw rzekomy szyi kości udowej.

We wszystkich przypadkach typu I i II uzyskaliśmy bardzo dobre nastawienie, posługując się następującą techniką nastawiania:

Nastawiamy zawsze na stole ortopedycznym lub zwykłym stole opatrunkowo-wyciągowym (p. Chir. Pol. Nr 2/36). Po umocowaniu nóg napinamy lekko kończyny, tak by okolica krzyżowa spoczęła na podstawce, a krocze oparło się dobrze o pręt podpórki. Staw biodrowy ustawiamy zawsze w znacznym zgięciu. Teraz odwodzimy kończyny: zdrową nieznacznie, chorą nieco więcej, mniej więcej do kąta 35° — 40°, napinając jednocześnie lekko kończyny. Następnie napinamy nieco silniej chorą kończynę (w świeżych złamaniach nie należy stosować *nigdy* znacznego wyciągu) po czym skręcamy ją do środka tak. by rzepka obróciła się do środka od pozycji poziomej o 15° — 20°. Wreszcie przystępujemy do nastawienia przemieszczenia kątowego, które ujawnia nam

zdjęcie boczne. Wyrównujemy ten kąt następującym sposobem (rys. 2): podpieramy przedramieniem udo w okolicy dołu podkolanowego, a drugą rękę przesuwamy krótkim, mocnym pchnięciem odłamek obwodowy do tyłu; w przypadkach świeżych wyczuwamy przy tym z reguły charakterystyczne chrupnięcie. Teraz wklinowujemy odłamki: odpuszczamy nieco lekki wyciąg i uderzamy dłonią okolicę krętarza wielkiego. Jeżeli nastawienie udało się dobrze, uderzenie to nie wywołuje już bolesności, a chory po nastawieniu przestaje odczuwać bóle samoistne.



Rys. 2.

Opisane postępowanie daje z reguły bardzo dobre wyniki, jak to widać w serii przedstawionych przypadków. Przed ustaleniem tej techniki, gdy nastawialiśmy wyłącznie za pomocą wyciągu, odwiedzenia i rotacji, trzeba było nieraz powtarzać nastawianie kilkakrotnie. Gdy zaczęliśmy się posiłkować techniką spychania (podobnie jak w złamaniu szyi k. ramiennej) nastawienie stało się łatwe i udaje się z reguły odrazu.

Opisana technika jest typowa dla złamań podgłówkowych i przezszyjkowych; oczywiście w złamaniach przezszyjkowych abdukcyjnych z wklinowaniem układamy chorego odrazu na stole ortopedycznym, unikając wszelkich manipulacyj, żeby uniknąć rozklinowania.

Podkreślam, że w złamaniach poprzecznych należy po nastawieniu odpuścić wyciąg i wklinować odłamki, tylko wtedy bowiem możemy się już nie obawiać wtórnego przemieszczenia, podobnie jak we wszelkich poprzecznych lub lekko tylko skośnych złamaniach.

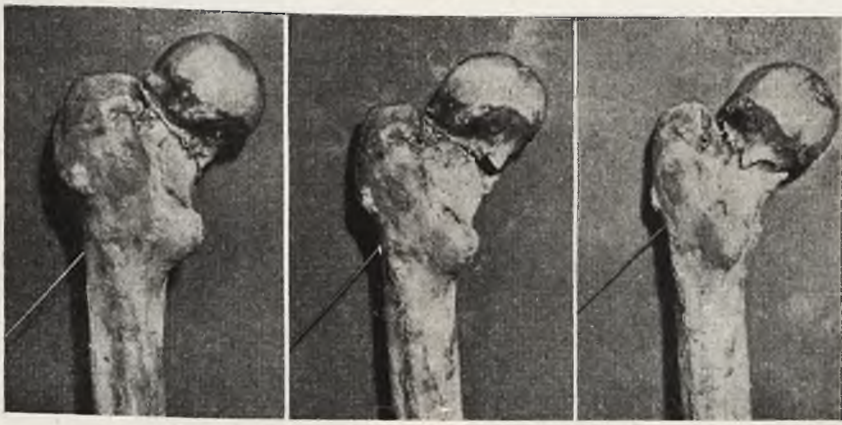
Muszę zrobić raz jeszcze dygresję do artykułu *Grucy*, który twierdzi w konkluzji, że naczelną zasadą nastawiania powinna być zmiana „addukcyjnego" ustawienia na „abdukcyjne". Zasady nastawiania wszelkich złamań są jednakowe: należy dążyć zawsze do nastawienia anatomicznego, ponieważ tylko w tym ustawieniu uzyskujemy najlepszy styk, bo najszerszą powierzchnią złamania, i najlepsze wklinowanie. Oczywiście abdukcyjnych złamań nie będziemy zmieniać na anatomiczne dlatego, że i wklinowanie i styk i statyka są dobre. Zresztą w tych złamaniach abdukcyjne ustawienie jest właściwie „anatomiczne", ponieważ doszło do kompresji, inaczej rozchylili byśmy szparę złamania.

Niewielkie odchylenia „na valgus" nie odgrywają roli w nastawieniu *poprzecznych* złamań, nie sądzę jednak, by takie ustawienie należało wymuszać, mając do wyboru najlepsze ustawienie — anatomiczne i prawidłowy kąt szyi. Natomiast odchylenia „na valgus" w złamaniach skośnych typu III są wręcz szkodliwe. W tych złamaniach mamy analogię do złamań skośnych innych kości. I nastawienie i utrzymanie jest tutaj trudne. W publikacjach *Johanssona* i *Felsenreicha* rzuca się odrazu w oczy, że niepowodzenia dotyczą w głównej mierze złamań tego typu. Jest to zrozumiałe, chodzi przecież o złamania skośne, zastanawia jedynie, że doświadczeni klinicyści, operujący dużym materiałem, nie wyodrębnili *zdecydowanie* tego typu złamania. Przecież reguły nastawiania złamań poprzecznych nie mogą być miarodajne dla złamań skośnych.

Tutaj dochodzę do uzasadnienia wysuniętej na początku pracy tezy o konieczności dokładnego rozpoznania postaci złamania przed przystąpieniem do nasta-

wiania. Oto preparat skośnego złamania szyi kości udowej, uzyskany ze zwłok chorej zmarłej nagle w 10 dni po złamaniu. Spróbujmy nadać odłamkom ustawienie koślawe — nie będzie styku; gwóźdź wbity w tym ustawieniu wywędruje z kości po kilku tygodniach i nastąpi rozejście się odłamków (rys. 3).

ponieważ odłamki mają tendencję do ześlizgu. Należy wówczas zmieniać kilkakrotnie rotację i stopień wyciągu, nie należy jednak stosować nigdy większego odwiedzenia, żeby nie dopuścić do ustawienia koślawego. Jeżeli odłamki ześlizgują się uporczywie, trzeba niekiedy na szczycie działania wyciągu wbić odrazu gwóźdź



a. b. c.

Rys. 3. Preparat skośnego złamania szyi kości udowej: a) ustawienie anatomiczne, b) ustawienie koślawe, c) ustawienie w przemieszczeniu rotacyjnym.

Dobry wynik w złamaniach skośnych uzyskamy tylko w 2 wypadkach: 1) po uzyskaniu wklinowania odłamków w anatomicznym ich ustawieniu (wówczas dobre zazębienie), 2) po wklinowaniu z przemieszczeniem rotacyjnym, lecz z dobrą statyką i wklinowaniem, tj. w sytuacji, gdy górny odłam siedzi okrakiem na dolnym. Przykłady takiego nastawienia (ad 1 i 2) dają nam przypadki 9 i 18. W przypadku 9 nastawienie jest prawie anatomiczne, w przypadku 18 analiza sytuacji gwoździa, wbitego przez jednego z asystentów po dwukrotnym nastawianiu, zmusiła mnie do usunięcia gwoździa i powtórnego nastawienia w przemieszczeniu rotacyjnym. Dopiero w takim ustawieniu wbiłem gwóźdź; teraz wklinowanie odłamków rokuje dobry wynik.

Nastawianie złamań skośnych szyi k. udowej wymaga czasem dużo wytrwałości,

kierowniczy (jeszcze przed rentgenowską kontrolą nastawienia) w celu przeszkodzenia ześliznięciu się odłamków. Zdjęcie kontrolne wykaże nam sytuację utrwalonego przez gwóźdź kierowniczy ustawienia. Jeżeli się okaże, że wyciąg jest za duży lub za mały, wówczas wyciągamy nieco gwóźdź kierowniczy, tak by usunąć go z główki, następnie, zależnie od sytuacji, zmniejszamy lub zwiększamy wyciąg, i wbijamy natychmiast z powrotem gwóźdź kierowniczy w główkę.

W złamaniach skośnych szyi k. udowej zasadniczym postulatem jest nastawianie w zgięciu stawu biodrowego, inaczej bowiem główka ma tendencję do obracania się. Musimy więc w tych przypadkach unieść jaknajwyżej pręt pionowy z uchwytem nogi.

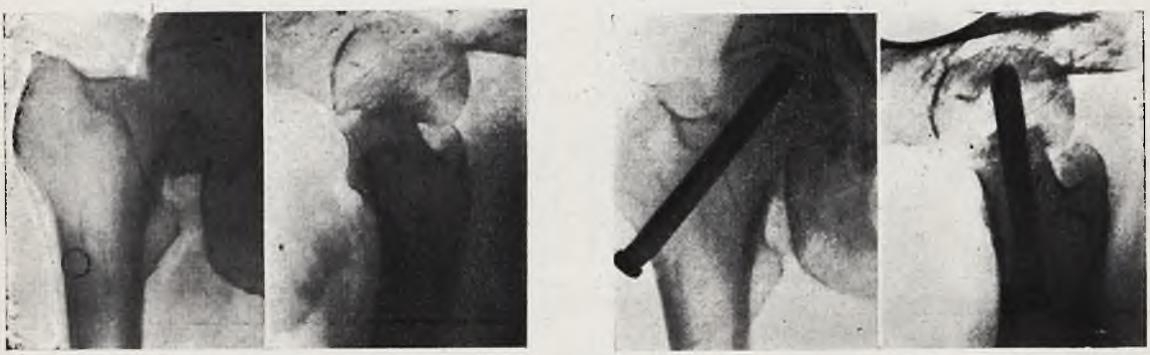
Złamania typu IV (zł. międzykrętarzo-

we) ulegają łatwo nastawieniu na stole ortopedycznym po zastosowaniu odwiedzenia i skręcenia do środka. W przypadkach ze szpotawym ustawieniem odłamków należy napiąć lekko kończyny, a w przypadkach gdzie zdjęcie boczne wykazuje skrzywienie osi — wyrównać oś za pomocą zepchnięcia.

Wszystkie przypadki nastawiono bez znieczulenia; po nastawieniu operowano w znieczuleniu miejscowym.

III.

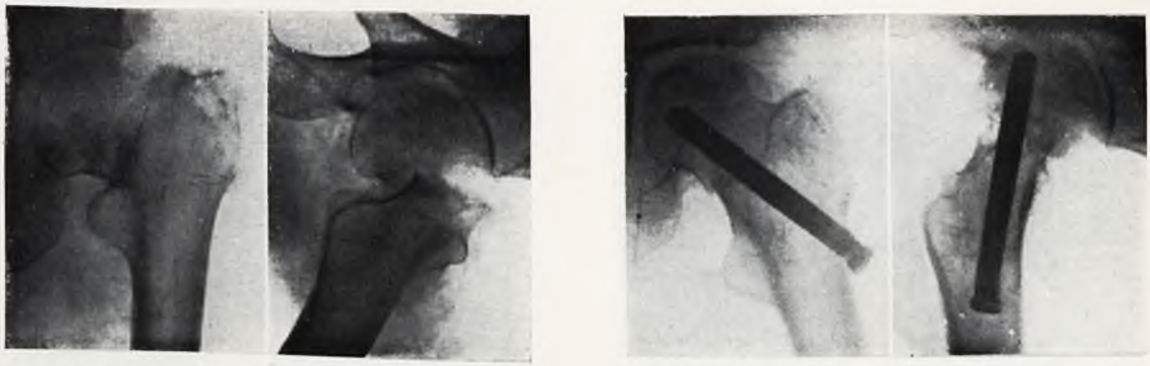
Seria 22 przypadków złamań szyi kości udowej, wszystkich jakie były leczone pozastawowym zespoleniem gwoździem Smith-Petersena w Instytucie Chirurgii Urazowej w okresie 3-miesięcznym od 9.X 37 do 11.I 38 roku:



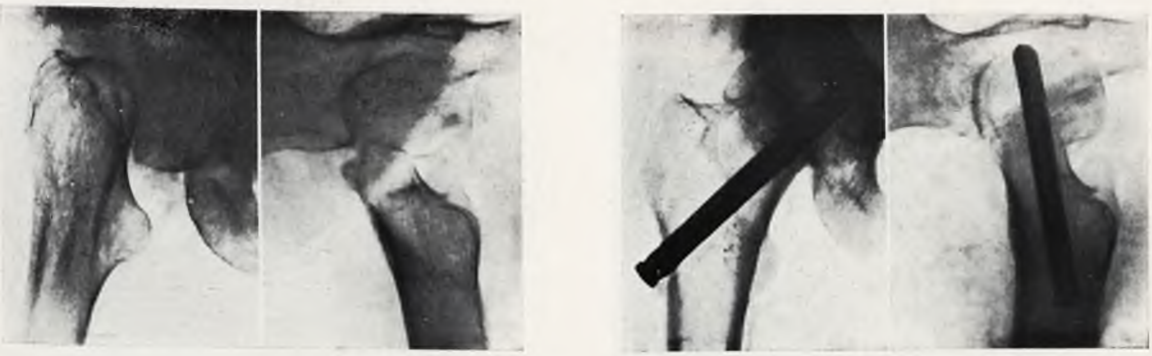
Przyp. 1. S. B., l. 70. 9.X 37. Złamanie skośne (typ III). Przypadek nastawiony w 4 tygodnie po złamaniu. Nastawienie trudne: główka w rzucie przednio-tylnym obraca się w kierunku przeciwnym do ruchu strzałki zegara. Nastawienie poprawiano kilkakrotnie. Ostatecznie za pomocą wyciągu, rotacji, zepchnięcia i uderzenia w krętarz wklinowano odłamki w dobrym zazębieniu, aczkolwiek odłamki stykają się nie całą powierzchnią złamania.



Przyp. 2. M. S., l. 78. 14.X37. Złamanie przezszyjkowe (typ II, postać abdukcyjna). W tym przypadku złamanie nie uległo rozklinowaniu, pomimo że chorą po upadku przy wsiadaniu do tramwaju przeniesiono na rękach do pobliskiego domu, a z domu wyniesiono w pozycji siedzącej (ze względu na wąskie schody) do karetki Pogotowia. W rzucie bocznym przemieszczenia nie ma. W rzucie przednio-tylnym widać kompresyjne wklinowanie odłamków po stronie bocznej. Rekonstrukcja myślowa kąta szyjki daje obraz coxa valga.



Przyp. 3. K. N., l. 86. 15.X 37. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie trudne, wklinowanie odłamków nastąpiło dopiero w przemieszczeniu rotacyjnym po zastosowaniu nadmiernego skręcenia do środka. Przemieszczenie rotacyjne widoczne po nastawieniu odłamków na zdjęciach w obu rzutach. W tym przypadku ze względu na przemieszczenie odłamków o całą szerokość powierzchni złamania zastosowano najpierw dość silny wyciąg.



Przyp. 4. M. L., l. 85. 16.X 37. Złamanie podgłówkowe (typ I) z rozpoczynającą się resorbcją (przypadek nastawiony w 4 tygodnie po złamaniu). Nastawienie w zasadzie łatwe, utrudnione w tym przypadku ze względu na znaczną otyłość, objawy przewlekłej niedrożności jelit oraz obecność wielkiej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej brzucha. Przemieszczenie boczne usunięto za pomocą zepchnięcia (niedostatecznie).



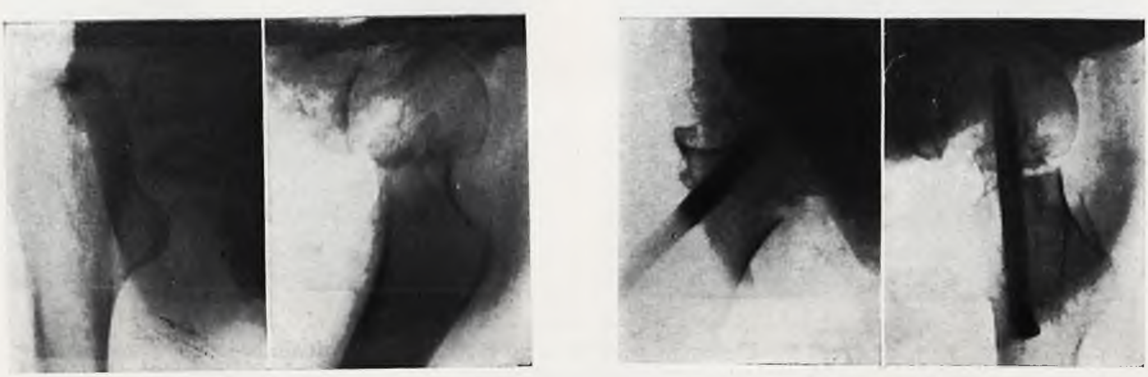
Przyp. 5. E. J., l. 62. 17.X 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie b. łatwe; przemieszczenie boczne usunięto zepchnięciem, uzyskując nastawienie, jak w postaci abdukcyjnej (przekorygowanie wskutek zbyt dużego wyciągu). W takich przypadkach udaje się zazwyczaj nastawienie anatomiczne.



Przyp. 6. T. K., l. 62. 15.X.37. Złamanie podgłówkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą samego zepchnięcia bez wyciągu.



Przyp. 7. J. P., l. 75. 30.X 37. Złamanie międz·krętarzowe (postać IV). Nastawienie anatomiczne uzyskano za pomocą odwiedzenia i skręcenia do środka.



Przyp. 8. Ch. W., l. 86. 27.XI 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu i skręcenia do środka. Przekorygowano nieco skrócenie(za duży wyciąg).



Przyp. 9. Z. S., l. 53. 5.XII 37. Złamanie skośne (typ III) z długim dziobem, sięgającym do krętarza mniejszego. Złamanie nastawiono w 3 tygodnie po wypadku za pomocą zepchnięcia po zastosowaniu lekkiego wyciągu i skręcenia kończyny do środka.



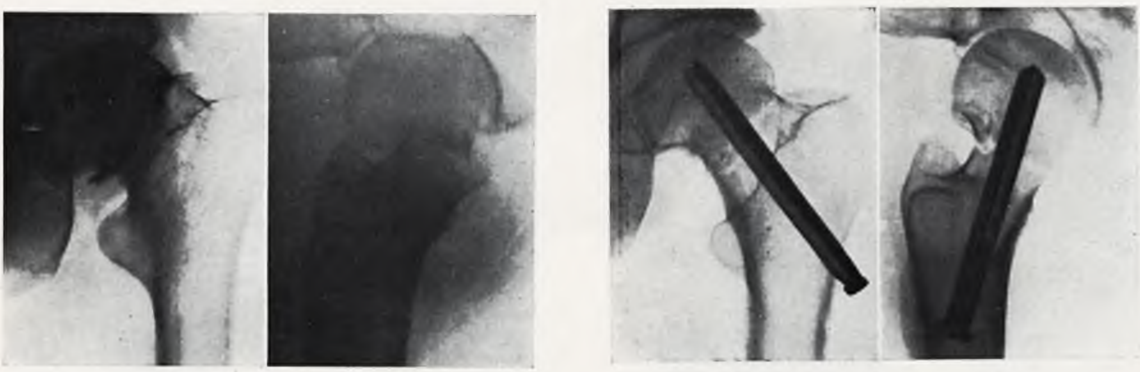
Przyp. 10. D. B., l. 62. 7.XII 37. Złamanie po główkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia (w tym przypadku niedostatecznego).



Przyp. 11. J. A., l. 68. 7.XII 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia wyciągu i zepchnięcia.



Przyp. 12. J. C., l. 69. 22.XII 37. Złamanie przezszyjkowe (typ III). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.



Przyp. 13. M. W., l. 50. 3.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II). Łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia, lekkiego wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.



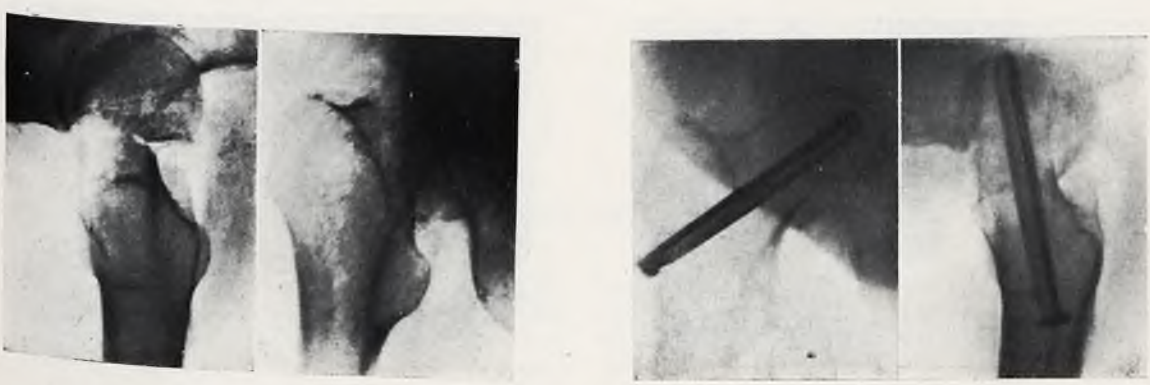
Przyp. 14. S. M., l. 42. 3.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie w tym przypadku łatwe za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.



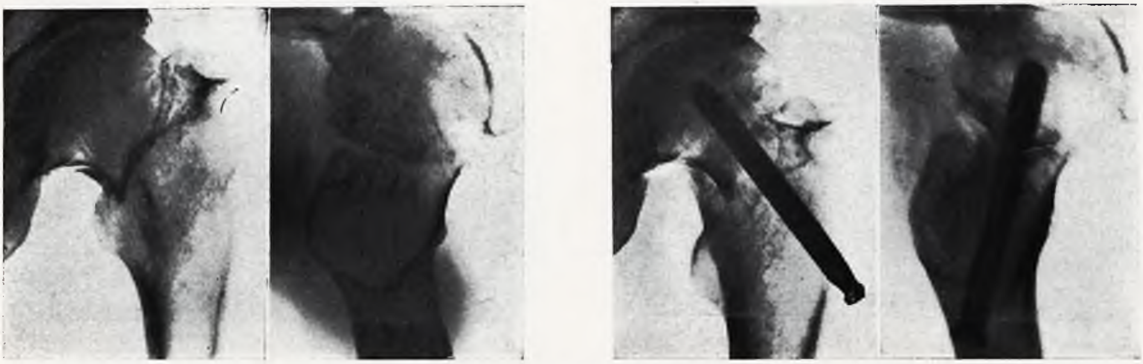
Przyp. 15. F. R., l. 49. 4.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i uderzenia w krętarz.



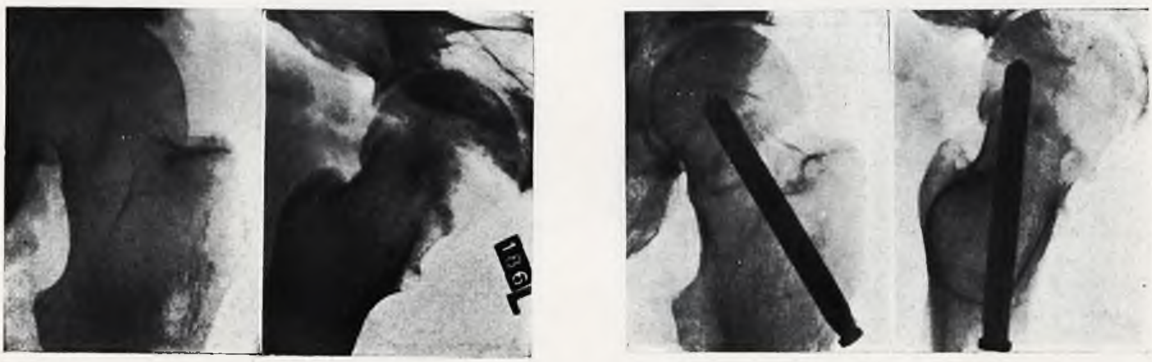
Przyp. 16. Z. L., l. 63. 4.I 38. Złamanie międzykrętarzowe (typ IV). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, skręcenia i zepchnięcia.



Przyp. 17. F. M., l. 68. 5.I 38. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu i zepchnięcia.



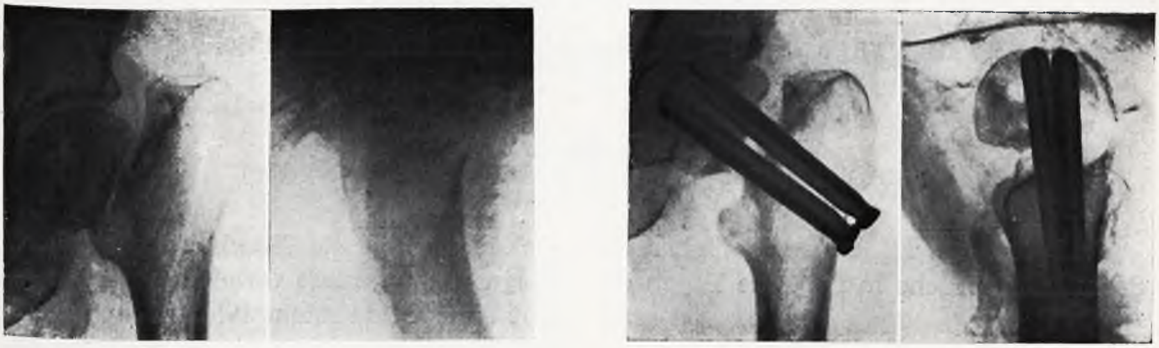
Przyp. 18. J. D., l. 70. 5.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie trudne, wielokrotne. Wbity gwóźdź S. P. wyjęto i nastawiono ponownie, wbijając następnie gwóźdź w pozycji przemieszczenia rotacyjnego. Dobre wklinowanie.



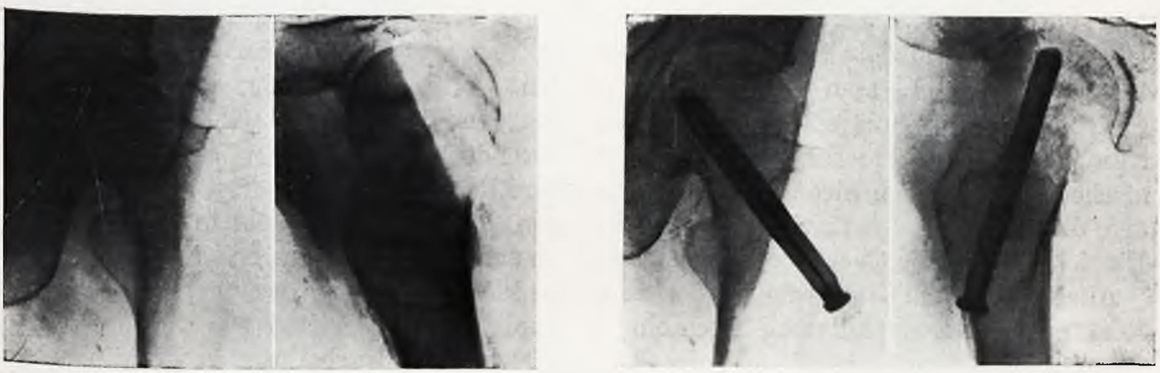
Przyp. 19. A. T., l. 63. 8.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II, postać abdukcyjna). Uderzająca jest znaczna koślawość, którą stwierdziliśmy także po stronie zdrowej.



Przyp. 20. F. J., l. 63. 9.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II). Nastawienie b. łatwe za pomocą lekkiego wyciągu. Niedostatecznie zepchnięto odłam obwodowy.



Przyp. 21. F. L., l. 60. 9.I.38. Staw rzekomy we wczesnym okresie (7 mies. po złamaniu). Znacznego stopnia resorbcja szyjki. Zastosowano długotrwały wyciąg śrubowy (na stole ortopedycznym) i uzyskano dobre wklinowanie.



Przyp. 22. J. S., l. 71. 11.I 38. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie w 4 tygodnie po złamaniu za pomocą wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.

PIŚMIENNICTWO UWZGLĘDNIONE.

Gruca: O t. zw. abdukcyjnym złamaniu szyjki kości udowej, Chir. Pol., Nr 3/37, *Böhler:* Die Technik der Knochenbruchbehandlung, wyd. 4, Wiedeń, Maudrich, 1933, *Felsenreich:* Die operative Behandlung der frischen medialen Schenkelhalsfraktur, Wiedeń, Maudrich, 1937, *Johansson:* Operative Behandlung von Schenkelhalsfrakturen, Kopenhaga, Munksgaard, Lipsk, Thieme, 1934, *Matti:* Die Knochenbrüche und ihre Behandlung, wyd. 2, Berlin, Springer, 1931, *Pauwels:* Der Schenkelhalsbruch, ein mechanisches Problem, Stuttgart, Enke, 1935.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Zur Frage der Einrichtung des Schenkelhalsbruches

v.

Dr T. Sokołowski
Leiter des Institutes für traumatische Chirurgie (Warszawa).

Verf. teilt aus klinischen Gründen die Schenkelhalsbrüche in folgende Typen ein (Abb. 1):

1. fr. c. fem. subcapitalis,
2. fr. c. fem. transcervicalis,
3. fr. c. fem. obliqua,
4. fr. c. fem. intertrochanterica.

Die Einteilung deutscher Autoren in zwei Grundformen (fr. c. fem. medialis et lateralis), welche gleichzeitig eine intra- und eine extraartikuläre Form unterscheidet, sollte verlassen werden, da einerseits $1/3$ aller Schenkelhalsbrüche eine schräge Form bildet, welche man weder zur intra- noch zur extraartikulären Fraktur zählen kann, anderseits diese Einteilung den klinischen Bedürfnissen nicht entspricht, indem die Schrägbrüche eine andere Art der Einrichtung als die Querbrüche verlangen.

Alle Schenkelhalsfrakturen werden vom Verf. auf dem orthopädischen Tisch eingerichtet, wobei durch möglichst hohe Einstellung des senkrechten Stabes mit Fussschale Beugung des Hüftgelenkes erreicht werden muss.

Bei den Querfrakturen der 1. und 2. Art ist die Einrichtung selbst in Fällen mit starker Verschiebung der Fragmente leicht. Es muss dabei zuerst ein leichter Zug, dann mässige Abduktion, schliesslich Innenrotation angewendet werden. Seitliche winkelige Verschiebung wird ähnlich wie bei Oberarmkopfbrüchen durch einen kurzen Stoss beseitigt (Abb. 2).

Grundprinzip ist anatomische Reposition der Fragmente. Der normale Schenkelhalswinkel muss unbedingt wiederhergestellt werden, denn nur dann wird beste Adaptation der Bruchstücke erreicht. Valgusstellung muss vermieden werden — eine einzige Ausnahme bildet *Böhlers* eingekeilte Abduktionsform. Hier verzichtet Verf. auf Redression der Valgusstellung um die Einkeilung nicht zu lockern. Nach Beobachtungen des Verf. werden Brüche dieser Art bei Personen mit coxa valga angetroffen.

Die Einrichtung der Schrägbrüche verlangt eine besondere Technik. Im einschlägigen Schrifttum fällt auf, dass Fehlschläge vorwiegend die Schrägbrüche betreffen. Es ist merkwürdig, dass selbst erfahrene Kliniker diesen Typ bisher weder gesondert hervorgehoben, noch eine besondere Repositionsart für ihn angegeben haben. Die Einrichtung ist in diesen Fällen manchmal recht schwer. Valgusstellung ist hier schädlich, man muss entweder anatomisch einrichten, oder, wenn das nicht gelingt, die Bruchstücke in Rotationsverschiebung einstellen und einkeilen (Abb. 3 und Fall 18).

Intertrochantäre Frakturen werden durch leichten Zug, Abduktion und Innenrotation eingerichtet.

Zum Schluss gibt Verf. eine Serie von 22 im Institut im Laufe der letzten 3 Monate behandelten Fällen (in den letzten zwei Jahren insgesamt über 150 Operierte). Ausnahmslos erreichte Verf. in dieser Serie gute Einrichtung und tadellosen Erfolg.

In allen Fällen wurde die Einrichtung ohne Betäubung gemacht; nach der Einrichtung wurde die Osteosynthese in allen Fällen in Lokalanästhesie durchgeführt.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 lutego 1938 r.

Doc. J. Rutkowski:

DWA PRZYPADKI OPEROWANYCH GUZÓW OGONA KOŃSKIEGO.

Guzy ogona końskiego są często mylnie rozpoznawane jako rwa kulszowa na podstawie typowych napadów bólowych, obecności punktów bolesnych, dodatniego objawu Lassegue'a itp., a dopiero uporczywość cierpienia i wynik wykonanych wobec tego badań dodatkowych (nakłucie lędźwiowe, myelografia) kieruje rozpoznanie na właściwe tory.

U obojga przedstawionych chorych (kobieta l. 34 i mężczyzna l. 25) wywiady są niemal identyczne: od 6 — 7 mies. bóle w obrębie lewej kończyny dolnej wzdłuż nerwu kulszowego; u chorej brak w wywiadach momentu wywołującego, chory wiąże swe cierpienie z przeziębieniem na warcie podczas służby wojskowej. Poza tym wywiady bez znaczenia.



Rys. 1.



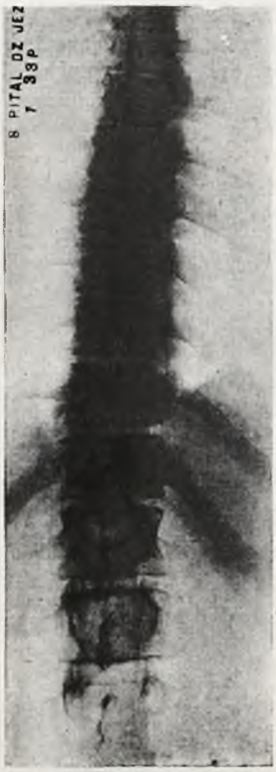
Rys. 2.

U chorej dokonano nakłucia lędźwiowego: tylko 5 cm^3 płynu, ciśnienie 100 mm; płyn ksantochromiczny szybko zamienił się w probówce w galaretowaty skrzep; Nonne-Appelt dodatni. Po kilku dniach została nakłuta cysterna cerebri magna — po wydobyciu 2 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego (nie ksantochromicznego i niekrzepnącego) wprowadzono 2 cm^3 lipiodolu; po upływie ½ godz. wykonano rentgenogram: lipiodol, zamiast opaść na dno worka opony twardej, jak w normie (rys. 1), zatrzymał się między XII D i I L — w tej okolicy znajdowała się przeszkoda (rys. 2). Rozpoznano obecność *guza wewnątrz kanału kręgowego*. Powyższe badania zostały wykonane na klinice *prof. K. Orzechowskiego*.

13.I 1938 zabieg operacyjny w uśpieniu sennar-

kolowym: cięcie na wysokości XII D — II L, laminektomia. Opona twarda rozszerzona, nie tętni; po nacięciu opony uwidocznił się guz twardy, ograniczony, wielkości zdwojonej pestki daktyla. Guz wyłuszczono za pomocą małego unośnika i odcięto jego cienką szypułę. Rekonstrukcja dokładna opony, warstwy mięśniowej, powięzi i skóry; przebieg pooperacyjny gładki, bóle ustąpiły, chora czuje się zupełnie dobrze.

Badanie anat.-pat. *(dr Kuligowski)* stwierdziło, że był to nowotwór łagodny — *neurinoma.* Pokaz chorej, która dopiero zaczęła chodzić po dokonanej 16.II appendectomii.



Rys. 3.

W drugim przypadku u mężczyzny nakłucie lędźwiowe w ogóle nie dało płynu; myelografia lipiodolem wykazała, że kontrast zatrzymał się na tym samym poziomie, jak w przypadku poprzednim, ale powstał rysunek odmienny, nieregularny (rys. 3). Rozpoznano również *guz wewnątrzkręgowy.*

Laminektomia 18.I 1938 w uśpieniu sennarkolowym. Opona twarda rozszerzona, nie tętni; po nacięciu wypłynął lipiodol oraz ukazały się miękkie masy guza, naciekające, zespolone z korzonkami ogona końskiego. Technicznie zabieg był trudniejszy, ale przeszedł gładko, przebieg pooperacyjny dobry (z wyjątkiem przemijającego zatrzymania moczu), poprawa w sensie ustąpienia bólów. Utrzymują się nieduże zaburzenia czuciowe i ruchowe. Anat.-patologicznie: *ependymocytoma.* Pokaz chorego.

Dyskusja:

Dr Lubelski: W tych operacjach ma b. ważne znaczenie szczelne zamknięcie opony twardej — w przeciwnym razie grozi wyciekanie płynu m. rdz., co może doprowadzić do śmiertelnego zakażenia. Na 16 własnych przyp. operowanych guzów rdzenia, *L.* operował 3 guzy ogona końskiego. W przyp. 1. guz (chromatoforoma) usunięto drogą laminektomii (L II—V); w oponie twardej pozostał ubytek i płyn m. rdz. wyciekał stale w ciągu 26 dni; śmierć wskutek zakażenia. W piśmiennictwie *L.* znalazł sposób *Sawickiego* wykonywania wytwórczego zabiegu — ubytek w oponie zamyka się dwoma pasmami wyciętymi z mięśni wyprostnych kręgosłupa. W swym drugim przyp., w którym guz (chromatoforoma) był zrośnięty z oponą twardą i także powstał ubytek w oponie, *L.* wykonał zabieg wytwórczy sposobem nieco zmienionym, gdyż nie odcinał pasm mięśniowych, a tylko, po uruchomieniu, zbliżył je i zeszył, przeszywając oponę twardą powyżej i poniżej ubytku. W przyp. 3. chodziło o glejak, który usunięto łyżeczką kawałkami, po czym oponę zeszyto szczelnie.

Dr Rechniowski uważa również za sprawę ważną niedopuszczenie do wytworzenia się wtórnie przetoki; sądzi, że cięcie skórne należy wykonywać łukowato, aby linie szwów głębokich i szwów skórnych nie leżały jedna na drugiej. Zapytuje jak długo trwały zabiegi i ile zużyto sennarkolu.

Dr Abramowicz zapytuje na jakiej zasadzie udało się wyodrębnić te dwa przypadki z pośród tylu innych, które zgłaszają się z dolegliwościami o charakterze rwy kulszowej.

Doc. Rutkowski w odpowiedzi: Po usunięciu części opony powstały ubytek należy zamknąć sposobem podanym przez *dra Lubelskiego.* Ale i przy zwykłym tylko rozcięciu opony po rozszerzeniu cięcia brzegi opony uciekają, i dlatego zaraz po nacięciu jej należy, dla ułatwienia zaszywania, wziąć ją na cugle — nie uczynił tego w 2. przyp. i zeszycie opony nastręczyło nieco trudności. Zeszywa oponę pojedyńczymi szwami strunowymi.

Cięcie łukowate nie ma znaczenia (inaczej niż w operacji Albego), bo tu warstwa mięśni jest gruba: cięcie wprost na wyrostki ościste jest dobre.

Zabiegi trwały około ½ godz., sennarkolu wyszło po 10 cm³, dodawano nieco eteru.

Każdy przypadek rwy kulszowej musi być wszechstronnie zbadany; dopiero po wyłączeniu wszelkich innych spraw można go traktować jako ischias objawowy. Konieczne jest badanie per rectum (guz w miednicy małej), wykonanie rentgenogramu i badanie neurologiczne; przy uporczywości i długotrwałości cierpienia — nakłucie lędźwiowe, a jego wynik (odczyn Nonne-Appelt i ksantochromia, świadcząca o zaburzeniach krążenia) może dać wskazanie do myelografii lipiodolem.

Prof. Z. Radliński:

INFARCTUS MESOCOLI TRANSVERSI.

(przedstawił *dr Szenicer)*

Chora 29-letnia zachorowała nagle z objawami napadowych bólów w jamie brzusznej, wymioty, stolce płynne, krwawe; po kilku dniach stan coraz cięższy; największa bolesność w lew. nadbrzuszu, gdzie wyczuwał się opór wałowaty. Z rozpoznaniem wgłobienia lub zawału krezki chorą operowano. Lewa połowa okrężnicy gruba, twarda, sina a jej krezka na przestrzeni ograniczonej (w postaci klina) również podobnie zmieniona. Hemikolektomii zaniechano ze względu na b. ciężki stan chorej oraz wysokie umiejscowienie zagięcia śledzionowego, odstąpiono także od wyłonienia zmienionej połowy poprzecznicy; zespolono prawą połowę poprzecznicy z esicą, zamknięto podwiązką okrężną światło poprzecznicy przed jej przejściem w część chorobowo zmienioną oraz obszyto wyłączony odcinek rodzajem mufki z sieci. Przebieg pooperacyjny gładki, chora obecnie zagojona, zdrowa. (Szczegółowy opis przypadku ukaże się w druku).

Dyskusja:

Prof. Radliński: Zawał krezki jelita i zator tętnic krezkowych są to sprawy rzadkie, rzadko rozpoznawane i dają na ogół zejście niepomyślne (80% śmiertelności). *R.* operował osobiście 2 takie przypadki. Podany w przedstawionym przypadku sposób postępowania może znaleźć zastosowanie.

Dr L. Manteuffel:

PRZYPADEK ZŁOŚLIWEJ ZIARNICY ŻOŁĄDKA.

(str. własne)

Kobieta l. 33 zgłosiła się do I Klin. Chir. U. J. P. 8.IV 37. z powodu bólów brzucha. Podaje, że od 6 lat odczuwa bóle w nadbrzuszu występujące po jedzeniu. Dolegliwości te po 4 latach ustały, aby w VIII 36. wystąpić ponownie. Bóle zjawiały się zarówno po jedzeniu jako też i naczczo.

Budowa prawidłowa, odżywienie upośledzone, waga 42 kg., skóra i śluzówki blade. Gruczoły chłonne nie powiększone. Brzuch prawidłowo wysklepiony, silnie napięty i bolesny, zwłaszcza w nadbrzuszu; zbadanie okolicy żołądka jest niemożliwe. Badanie radiologiczne dało obraz dość typowy dla guza części odźwiernikowej żołądka. Próba na krew utajoną — wybitnie dodatnia. Morfologia krwi — nic charakterystycznego. Operacja *(prof. Radliński)* w uśpieniu eterowym: resekcja żołądka sposobem Billroth II, a nie Reichel-Polya ze względu na rozległość zmian i konieczność przecięcia żołądka tuż przy wpuście.

Stan chorej po zabiegu ciężki, poprawił się po kilku dniach; została wypisana w 4 tyg. po operacji. Wszelkie dolegliwości ustąpiły. Badanie kontrolne 16.VIII 37. wykazało znaczną poprawę stanu ogólnego; radiografia żołądka nie wykazała zmian mogących przemawiać za nawrotem sprawy. Ponowne badanie 6.XI 37. stwierdziło dalszą poprawę: waga wynosiła 56 kg.

Badanie anat.-pat. wyciętej części odźwiernikowej żołądka wykazało rozległe owrzodzenie obejmujące całą śluzówkę tego odcinka żołądka; dno owrzodzenia pokryte ziarniną swoistą dla *ziarnicy złośliwej.* Na krzywiźnie dużej znajdował się pakiet swoiście zmienionych gruczołów.

Ziarnica złośliwa pierwotnie zajmująca żołądek należy do rzadkości.

Dyskusja:

Doc. Zaorski nadmienia w sprawie mianownictwa, że operację Billroth II należy nazywać op. Billroth I; to co nazywają operacją Billroth I jest operacją Rydygiera.

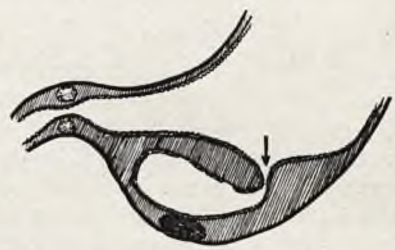
Dr L. Manteuffel:
PRZYPADEK WRODZONEGO UCHYŁKA ŻOŁĄDKA.
(str. własne)

Kobieta 22-letnia zgłosiła się do kliniki z powodu napadowych bólów w nadbrzuszu połączonych z wymiotami. Bóle trwały z kilkodniowymi przerwami od 3 mies. Jednocześnie zjawił się w pr. podżebrzu guz wielkości pięści, który w przerwach pomiędzy napadami ulegał zmniejszeniu. Chora znacznie schudła. Przed paru laty leczyła się szpitalnie z powodu dolegliwości żołądkowych.

Chora wzrostu niskiego, budowy prawidłowej, wątłej, odżywienie liche. W nadbrzuszu po stronie prawej widać ograniczone uwypuklenie, a obmacywaniem stwierdza się tu guz wielkości pomarańczy, okrągławy, twardy, tkliwy, dość znacznie przesuwalny na boki, mniej ku górze i dołowi. Krew utajona w stolcu — wynik dodatni, radiologicznie — guz części odźwiernikowej żołądka.

Resekcja żołądka *(prof. Radliński)* sposobem Reichel-Polya w uśpieniu sennarkolem. Przebieg pooperacyjny bez większych zaburzeń, po 3 tyg. chora opuściła klinikę z raną zagojoną, bez dolegliwości.

Badanie anat.-patolog. wykazało w części odźwiernikowej żołądka uchyłek, łączący się za pomocą wąskiego otworu, umiejscowionego na krzywiźnie dużej, ze światłem żołądka. Uchyłek długości około 9 cm, stanowił sporą jamę o średnicy



Rys. 4.

miejscami 2 — 3 cm, wysłaną częściowo śluzówką. Uchyłek miał przebieg równoległy do dużej krzywizny i skierowany był w stronę odźwiernika. Na dnie jego znajdowała się dodatkowa, prawidłowo rozwinięta trzustka o wymiarach 5 × 3 × 1 cm. Ściana żołądka była dookoła zgrubiała, zmieniona zapalnie, co powodowało wrażenie, że w tym miejscu znajduje się guz nowotworowy (rys. 4).

Doc. J. Rutkowski:
DWA PRZYPADKI WYŁUSZCZENIA POŁOWY ŻUCHWY Z POWODU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO.

Przyp. 1. Chory l. 41 zauważył przed 6 mies. guz w okolicy trzonu i lewego kąta żychwy, twardy, powiększający się powoli. Przed 2 mies. usunięto mu ząb trzonowy, po czym guz szybko powiększył się. Stwierdzono na trzonie żuchwy w pobliżu jej kąta guz wielkości jaja kurzego; gruczoły nie macalne. Rentgenogram — rys. 5. Badanie wycinka *(dr Laskowski)*: *carcinoma spinocellulare*. Po naradzie ze stomatologiem *(dr Bogdanowicz)* przygotowano chorego do zabiegu: dokonano odkażenia jamy ustnej (zaplombowanie zębów, usunięcie korznków) i sporządzono protezę. Dawniej stosowano protezę bezpośrednią (za pomocą odlewu szczęki przygotowywano protezę z kauczuku i wkładano ją po wycięciu żuchwy) wpływało to jednak ujemnie na gojenie. W tym przypadku zastosowano t. zw. „krzywą pochyłą" osadzoną na dolnych zębach po stronie zdrowej, co nie pozwala na zbaczanie pozostałej połowy żuchwy, pociąganej przez mięśnie (skrzydlate). Dopiero po zagojeniu rany zakłada się protezę tymczasową, a po upływie ½ roku — stałą.



Rys. 5.

Operacji dokonano 15.I 38. w znieczuleniu miejscowym, co zmniejsza znacznie niebezpieczeństwo

zabiegu i śmiertelność pooperacyjną. Cięcie równoległe do dolnego brzegu żuchwy od linii środkowej i sięgające poza kąt żuchwy; wyosobniono śliniankę i gruczoły podżuchwowe, odpreparowano cienko skórę, otwarto śluzówkę i po usunięciu kła



Rys. 6. Rentgenogram wyciętej połowy żuchwy.

przepiłowano żuchwę piłką Gigli, po czym wyważono ją z rany i stopniowo wyłaniano; wyrostek dziobiasty odcięto przy końcu i po przecięciu torebki stawowej ostrożnie wyluksowano główkę ze stawu (rys. 6). Zeszyto śluzówkę nakładając szwy od strony skórnej a wiążąc je od jamy ustnej; pozostawiono pasmo gazy na kilka dni, a potem drenik. Przebieg gładki. Ostatnio naświetlano chorego radem, celem zwiększenia radykalności zabiegu. Pokaz chorego.



Rys. 7.

Przyp. 2. Chora 22-letnia. Przed 7 mies. guzek w okolicy lewego kąta żuchwy, który powiększał się. Rentgenogram — rys. 7. Badanie wycinka: *sarcoma gigantocellulare (dr J. Laskowski)*. Zabieg taki sam jak w poprzednim przypadku (rys. 8). Wobec stosunkowo małej złośliwości guza zaniechano naświetlań pooperacyjnych. Przebieg gładki. Pokaz chorej.

Duskusja:

Dr Rechniowski: stosował również „krzywą pochyłą" — ponieważ jest ona sporządzona ze złota, jest więc kosztowna. W przypadku tym pomimo to nie udało mu się uniknąć dewiacji — uważa, że zwłaszcza na prowincji wygodniejsza jest bezpośrednia proteza kauczukowa. Zapytuje, czy a. carotis externa została podwiązana, bo robi to zawsze.

Dr Lubelski: W Wiedniu robią protezę z odcinka żebra, wszczepiając je przed zabiegiem, a dopiero gdy ono przyrośnie, operują żuchwę z nowotworem. U nas robił to *dr Wolteger* (Ch. P. Nr. 3/37 s. 149); na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Ch. War. demonstrowano ten zabieg na filmie.



Rys. 8. Rentgenogram wyciętej połowy żuchwy.

Doc. Rutkowski w odpowiedzi: „Krzywa pochyła" jest nieskomplikowaną robotą stomatologiczną, może być nie złota i kosztuje wtedy 15 zł. Po operacji obowiązuje dokładne pielęgnowanie jamy ustnej (płukanie wodą utlenioną). Tętnicy szyjnej nie podwiązuje, gdyż operując ostrożnie nie obawia się krwotoku. Uprzednie przeszczepienie żebra jest korzystne, ale tylko w przypadkach nowotworów łagodnych i torbieli — przy złośliwych nie nadaje się, gdyż wymaga długiego wyczekiwania, podczas którego sprawa nowotworowa może nawet przejść na przeszczep.

Dr T. Sokołowski:

DWA PRZYPADKI ZŁAMAŃ NADKŁYKCIOWYCH KOŚCI RAMIENNEJ U DOROSŁYCH.

(str. własne)

Typowe złamania nadkłykciowe spotykamy u dorosłych rzadko, zazwyczaj spostrzegamy wielokrotne złamanie nasady z odłamaniem jednego



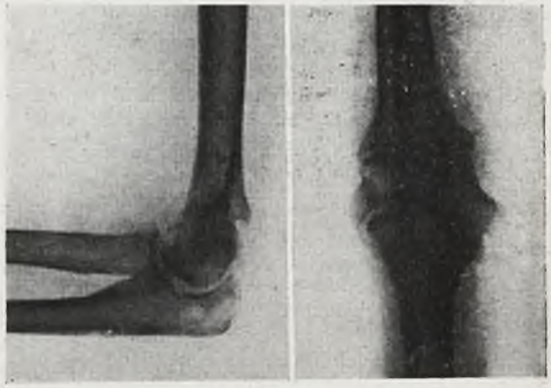
Rys. 9.



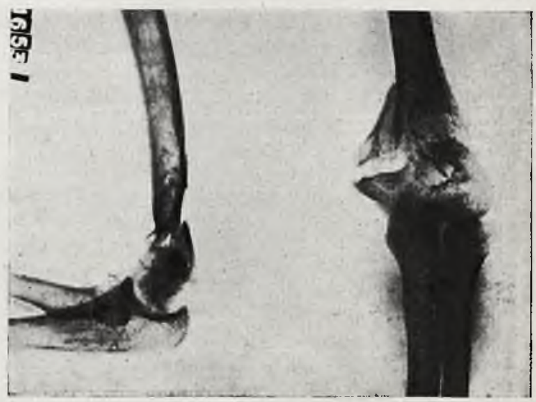
Rys. 11.

lub obu kłykci i utworzeniem wolnych odłamków.

Oba przedstawione przypadki były leczone sposobem *Zeno*, tj. wyciągiem drutowym za kość łokciową, nieco distalnie od wyrostka łokciowego. W obu przypadkach (rys. 9 — 12) widać wynik dobry pod względem anatomicznym. Badanie stawu łokciowego wykazuje, że w obu przypadkach ruchy stawu, aczkolwiek ograniczone na razie (świeżo zdjęty gips), są niebolesne. Nie stwierdza się przy ruchach oporów, pozwala to w obu przypadkach rokować dobrze.



Rys. 10.



Rys. 12.

Na zasadzie swego doświadczenia uważam za najlepszy sposób leczenia złamań nadkłykciowych k. ramiennej: u dzieci — sposób własny (przybicie drutem nastawionego bezkrwawo odłamka obwodowego), u dorosłych — sposób *Zeno* — wyciąg drutowy za k. łokciową.

Prof. Z. Radliński:

PRZYPADEK NERWOBÓLU KULSZOWEGO.

U chorej, która od 4 lat cierpiała na bóle ischiasowe obustronne, silniejsze po stronie prawej, stwierdzono badaniem rentgenowskim sakralizację V L: wyrostki poprzeczne tego kręgu były połączone z kością krzyżową (massae laterales). Wszelkie sposoby leczenia nie dawały wyniku.

Zastosowane leczenie operacyjne *(prof. Radliński)*, które polegało na wydłutowaniu wyrostka poprzecznego L V po stronie prawej, spowodowało zupełne ustąpienie objawów. Operacja nie jest prosta, a orientacja w stosunkach topograficznych w głębi — trudna. Dostęp z cięcia łukowatego; drenowanie rany w obawie krwiaka. Pokaz chorej.

Dyskusja:

Doc. Rutkowski potwierdza techniczną trudność zabiegu — wykonywał go z cięcia równoległego do przebiegu tylnej części grzebienia k. biodrowej. Wynik doskonały pod względem ustąpienia bólów.

Posiedzenie zakończyło sprawozdanie *dra Datynera* p. t. „Wrażenia z klinik i szpitali we Włoszech".

H. Ciszkiewicz.

KRONIKA

NOMINACJA.

Doc. dr Władysław Dobrzaniecki został mianowany profesorem tytularnym na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

NAGRODY I STYPENDIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1938:

1. **Fundusz Zapomogowo-Stypendialny im. Marii i Jana Giellerów.** Zapomoga w wysokości **3.000 zł**, dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r.

2. **Nagroda im. Dra Józefa Babińskiego.** Nagroda w wysokości **1.000 zł** przeznaczona dla młodych pracowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź z anatomii i histologii prawidłowej lub patologicznej układu nerwowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko za pracę czysto kliniczną. Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byleby była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku o ile jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona. Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 kwietnia 1938 roku.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7) do dnia 1 kwietnia 1938 roku. Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały
Prof. Dr A. Leśniowski.

WYNIK KONKURSU.

W wyniku konkursu naukowego, zainicjowanego przez Instytucje i Stowarzyszenia zajmujące się w Polsce problemem walki z rakiem, ogłoszonego celem uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego, Sąd Konkursowy na ostatnim posiedzeniu w dniu 16 stycznia 1938 r. po uprzednim zapoznaniu się z pracami zgłoszonymi na konkurs w ilości dziesięciu, postanowił przyznać I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Immunitas Vincet, połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Stog oraz III nagrodę w sumie złotych 300 godłu: Wawel.

Autorami nagrodzonych prac okazali się: *Dr Leontyn Dmochowski* (Państwowy Zakład Higieny), który zgłosił „Badania doświadczalne nad nowotworami przeszczepialnymi", *Dr Gottlieb, G. Sprietzen* i *M. Taschner* (Instytut badań nad rakiem w Krakowie), którzy podali „Badania doświadczalne nad działaniem ciał rakotwórczych" oraz *Eugenia Stołyhwowa* i *Włodzimierz Nielipiński* (Zakład Antropologii w Krakowie), którzy zgłosili „Badania nad współzależnością lokalizacji raka a typem rasowym".

Omyłka druku: W pracy *dra M. Grafa* w N-rze III/1, str. 39, (szpalta I, wiersz 12 od dołu) zamiast „papilloma adenomatosum" winno być *„papilloma oedematosum"*.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Cena pojedyńczego zeszytu 2 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.